

FICHE PRATIQUE

« QUELLE PROTECTION MALADIE POUR QUELS CITOYENS EUROPEENS ? »¹

TABLE DES MATIERES

PROPOS INTRODUCTIF : FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION MALADIE EN FRANCE.....	1
1) LES CITOYENS DE L'UE EN SITUATION REGULIERE : DISPOSITIFS DE L'ASSURANCE MALADIE (SECURITE SOCIALE)2	
A) Affiliation au titre d'une activité professionnelle.....	2
B) Affiliation sur critère d'une résidence stable et régulière	3
C) La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).....	4
2) LES CITOYENS DE L'UE EN SITUATION IRREGULIERE : DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE.....	5
A) L'Aide médicale d'Etat.....	5
B) Le dispositif soins urgents et vitaux	6
C) Les Permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)	6
3) LES CAS PARTICULIERS	7
A) Les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi	7
B) Les inactifs victimes d'un « accident de vie ».....	7
C) Les mineurs.....	8
i. Les mineurs isolés étrangers	8
ii. Les mineurs accompagnés	8
LEXIQUE	9

PROPOS INTRODUCTIF : FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION MALADIE EN FRANCE

La prise en charge des frais de santé dépend de la situation administrative au regard du droit au séjour². Le système d'assurance maladie français est réservé aux personnes en situation régulière : il assure la prise en charge financière des dépenses de santé des assurés sociaux. Les

¹ Pour avoir des informations plus complètes, voir le guide du Comede, disponible sur le site

<http://www.comede.org/>

² Les différentes catégories de citoyens de l'UE bénéficiant d'un droit au séjour sont présentées dans la note « Tableau : 9 « situations » d'égalité de traitement. Accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union (UE) et des membres de leur famille », réalisée par B. Demagny et A. Math, [disponible sur le site du GISTI et régulièrement actualisé.](#)

personnes qui résident de façon irrégulière en France depuis plus de 3 mois et disposant de faibles ressources peuvent bénéficier d'une prise en charge financière de leurs frais de santé à travers l'aide médicale d'Etat (AME). Les personnes qui résident irrégulièrement en France depuis moins de 3 mois ne bénéficient pas d'une protection en cas de maladie, mais, s'ils résident en France, peuvent voir leur frais de soins à l'hôpital pris en charge pour les « soins urgents et vitaux ».

La présente fiche met à jour les conditions d'accès à l'assurance maladie à la suite de la réforme « protection universelle maladie » (dite PUMa) portée par la loi du 21 décembre 2015.

1) LES CITOYENS DE L'UE EN SITUATION REGULIERE : DISPOSITIFS DE L'ASSURANCE MALADIE (SECURITE SOCIALE)

Pour une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie française, **la personne doit travailler en France (A) ou y résider de façon stable et régulière (B)**. La prise en charge financière des dépenses de santé de l'assuré social et des membres de son foyer s'effectue dans la limite des tarifs fixés par l'assurance maladie³. L'affiliation (ou ouverture des droits) prend effet à compter de la date de réception de la demande. Cette prise en charge peut être complétée par la complémentaire CMU (CMU-C) attribuée sous conditions de ressources).

A) Affiliation au titre d'une activité professionnelle

Dès la 1^{ère} heure de travail déclarée, une personne peut demander son rattachement à un régime d'assurance maladie en tant que travailleur (régime général si activité salariée, RSI si activité non salariée, MSA si activité agricole).

- **Aucune condition d'ancienneté** de présence de 3 mois ne peut être opposée.
- La personne étrangère doit cependant **résider régulièrement**. Comme le fait pour un citoyen de l'UE d'exercer une activité professionnelle réelle et effective en France suffit à lui donner la qualité de « travailleur » et donc à ouvrir un droit au séjour (libre circulation des travailleurs)⁴, la condition de régularité de séjour sera la plupart du temps remplie dès lors que l'activité est réelle et effective, et sauf si cette activité est tellement réduite qu'elle en est marginale et accessoire⁵.

L'activité professionnelle se prouve par tout moyen (contrat de travail, fiche de paie, inscription au registre du commerce, etc.).

A noter : le fait de travailler ouvre un droit au séjour aux membres de sa famille (conjoint, et enfants) qui bénéficient donc également de l'assurance maladie. Certaines personnes ayant travaillé mais ne travaillant plus peuvent avoir conservé la qualité de travailleur⁶.

³ <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/index.php>

⁴ D'une manière générale, les citoyens de l'UE peuvent bénéficier d'un droit au séjour sans avoir à présenter un titre de séjour, titre de séjour qu'ils ne sont pas tenus d'avoir. La preuve de la régularité du séjour s'apporte par tout moyen.

⁵ Voir la catégorie 1 présentée dans la note « Tableau : 9 « situations » d'égalité de traitement. Accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union (UE) et des membres de leur famille »

⁶ Voir la catégorie 2 dans la note « Tableau : 9 « situations » d'égalité de traitement. Accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union (UE) et des membres de leur famille » : http://www.gisti.org/IMG/pdf/tableau_comede_droits_sociaux_ue_v26_-_fevrier_2016_.pdf

B) Affiliation sur critère d'une résidence stable et régulière

Si la personne majeure ne travaille pas (ou si elle ne bénéficie pas de la qualité de « travailleur » s'agissant d'un citoyen UE), elle doit prouver qu'elle **réside en France de façon stable et régulière**.

La personne doit en fait remplir plusieurs conditions :

- **résider en France depuis une période ininterrompue de trois mois** (cette période n'est pas opposable aux étudiants). La preuve de la résidence ininterrompue peut être apportée par tout moyen.
- **résider de façon habituelle en France**, c'est-à-dire y être présent de façon non occasionnelle.
- avoir un **droit au séjour**. La régularité du séjour, pour les européens, ne se prouve pas obligatoirement par un titre de séjour. S'ils ne présentent pas de titre de séjour, il est illégal que la Caisse (CPAM, MSA, RSI) les renvoie vers la préfecture.
- L'absence d'ouverture de droits à toute autre assurance sociale. **La Caisse ne peut pas exiger que le demandeur lui fournisse la preuve de la non-affiliation dans son pays d'origine**. Une déclaration sur l'honneur devrait être suffisante. La Caisse doit se rapprocher elle-même des organismes compétents dans le pays d'origine en cas de doute (circ. ministérielle DSS du 9 juin 2011, Point II. 2.1).
- Une adresse ou à défaut une domiciliation administrative en France.

Comment bénéficier de la prise en charge des frais de santé ?

- Remplir le [formulaire CNAMTS n°736](#) disponible auprès des CPAM ou en ligne sur Ameli.fr (un nouveau formulaire Cerfa sera disponible quand les textes réglementaires auront été pris).
- Joindre des copies des pièces justificatives à la demande (voir la liste sur le formulaire)
- Déposer ou envoyer ou le dossier à la CPAM du lieu de résidence (si possible en lettre recommandée avec AR).

Que faire en cas de refus ?

En cas de refus explicite (courrier informant du refus et/ou courrier demandant des exigences dilatoires ou abusives), ou après une absence de réponse dans un délai de deux mois (décision implicite de refus), un **recours doit être adressé à la commission de recours amiable (CRA) de la CPAM**. Si la décision de la commission est défavorable, possibilité de saisir le TASS compétent.

LE STATUT D'AYANT DROIT MAJEUR

La réforme PUMa a supprimé la catégorie d'ayant droit majeur d'une personne assurée sociale. Désormais, toute personne qui réside de manière stable et régulière en France, qu'elle travaille ou pas, est affiliée en son nom propre au régime général de l'assurance maladie. L'enfant mineur continue d'être ayant droit de la personne adulte (par forcément le parent) qui l'a à charge.

C) La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

▪ Que permet la CMU-C ?

Une prise en charge financière de la part complémentaire des dépenses de santé.

▪ Quelles sont les conditions pour en bénéficier ?

Etre assuré social c'est-à-dire bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie et disposer de ressources inférieures à un plafond fixé en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence. Voir : <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>

▪ Comment la demander ?

- Remplir un **formulaire de demande** par foyer disponible ici : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/FORMULAIRE_CMUC_ACS_S3711g.pdf
- Des **copies de pièces justificatives** doivent être jointes à la demande (voir liste sur le formulaire CERFA).

IMMATRICULATION ET JUSTIFICATION DE L'IDENTITE

Immatriculation

L'immatriculation définitive, c'est-à-dire le fait de se voir attribuer un numéro de sécurité sociale (ou numéro d'inscription au répertoire NIR ou numéro INSEE) commençant par 1 ou 2, n'est pas une condition pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie et à la CMU-C. Dans l'attente de pouvoir avoir une immatriculation définitive (qui est obtenue en fournissant une pièce d'identité et un acte d'état civil avec filiation complète), les droits doivent être ouverts, au besoin avec l'attribution par la Caisse d'un numéro provisoire ou numéro d'immatriculation d'attente.

Justification de l'identité

En revanche, pour ouvrir des droits (assurance maladie, AME), il convient de justifier de son identité, et une pièce d'identité, même périmée, le permet.

2) LES CITOYENS DE L'UE EN SITUATION IRRÉGULIÈRE : DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE

A) L'Aide médicale d'Etat⁷

▪ Qui peut demander l'AME ?

Les étrangers qui **ne remplissent pas la condition de régularité** pour bénéficier de l'assurance maladie et qui résident en France **depuis plus de 3 mois** (à l'exception des mineurs pour lesquels cette condition de 3 mois ne peut être opposée).

▪ Que permet l'AME ?⁸

Les soins couverts par l'AME sont à peu près les mêmes que ceux couverts par l'assurance maladie complétée par la CMU-C, soit 100 % des tarifs fixés par l'assurance maladie (mais, à la différence des bénéficiaires de la CMU-C, les bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas de forfait pour les lunettes et les prothèses dentaires, ce qui rend ces biens médicaux inaccessibles en pratique). L'AME est délivrée pour **une durée d'un an** à partir de la date de la demande. La demande doit être renouvelée tous les ans. Les bénéficiaires de l'AME ne se voient pas délivrer de carte vitale.

▪ Quelles sont les conditions pour en bénéficier ?

Le bénéfice de l'AME est conditionné :

- au **fait de résider en France** (ce qui exclut les personnes de passage, résidant dans un autre pays)
- au fait de ne **pas remplir la condition de régularité de séjour** sur le territoire français permettant d'ouvrir des droits à l'assurance maladie. Certaines CPAM exigent des demandeurs d'AME une preuve de l'irrégularité du séjour matérialisée par un refus préfectoral de titre de séjour. Cette exigence est abusive et doit être contestée au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception demandant à la CPAM de communiquer le fondement légal de cette demande.
- à **une durée de présence ininterrompue de plus de trois mois** sur le territoire français (sauf pour les mineurs). La preuve de la résidence ininterrompue peut être apportée par tout moyen.
- à des **ressources inférieures à un plafond** (fixé tous les ans par décret) sauf pour les mineurs. Voir : <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>
- à une **adresse postale** ou, à défaut, **une domiciliation administrative** en France.

▪ Comment la demander ?

- Remplir un formulaire CERFA disponible au sein des CPAM ou en ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3720.pdf
- Joindre plusieurs pièces justificatives au dossier et des photos (voir liste sur formulaire cerfa).
- Adresser la demande à la CPAM du lieu de résidence. L'organisme remet un justificatif de dépôt de la demande. La CPAM informe par courrier le demandeur de

⁷ Article L.251-1 Code de l'action sociale et des familles

⁸ Voir le contenu du panier de soins permis par l'AME :

http://www.gisti.org/IMG/pdf/ame_contenu_du_panier_de_soins_fev_2015.pdf

sa décision. Si la demande est acceptée, la CPAM convoque le bénéficiaire pour le retrait de la carte de droits à l'AME.

▪ Que faire en cas de refus ?

En cas de refus explicite (courrier informant du refus et/ou courrier demandant des exigences dilatoires ou abusives), ou après une absence de réponse dans un délai de deux mois (décision implicite de refus), effectuer un **recours gracieux** auprès du directeur de la CPAM et/ou un **recours contentieux** auprès de la juridiction spécialisée, la CDAS (commission départementale d'aide sociale) du département (on peut faire les deux recours simultanément).

B) Le dispositif soins urgents et vitaux ⁹

Les étrangers majeurs en situation irrégulière présents sur le territoire français **depuis moins de trois mois**, ou ne parvenant pas à prouver leur présence depuis plus de trois mois, ou encore présents depuis plus de 3 mois mais non éligibles à l'AME par exemple parce que leur ressources dépassent le plafond de ressources, peuvent bénéficier d'une prise en charge pour « les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître » (article L.254-1 CASF). Seuls les soins urgents pratiqués dans un établissement de santé sont pris en charge. Les soins hospitaliers délivrés à des femmes enceintes, des nouveau-nés ainsi que des IVG doivent être pris en charge.

C) Les Permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)¹⁰

Les PASS (art. L6112-6 du Code de la santé publique) sont des dispositifs mis en place dans les hôpitaux et réseaux associés au service public hospitalier à destination des populations en situation de précarité dans l'accès aux soins. Elles sont **accessibles aux personnes qui ne disposent pas d'assurance maladie** ou de l'aide médicale d'Etat (par exemple les étrangers qui résident en France depuis moins de trois mois) ou qui sont exclues du dispositif soins urgents et vitaux.

Elles permettent :

- un **accès aux soins** : il existe des PASS généralistes et spécialistes (gynécologie, dentaire par exemple).
- un **accompagnement dans les démarches** d'accès aux droits grâce à un service social.

Les PASS ont des fonctionnements très hétérogènes d'un territoire à l'autre (certaines sont mobiles), En Ile de France, [un annuaire fournit de nombreuses informations](#)



Les PASS ne remplacent pas une couverture par un dispositif de protection maladie (assurance maladie, AME..). D'une part, s'ils permettent l'accès aux soins primaires (de voir un professionnel de santé), les PASS ne permettent pas une prise en charge de long cours, pour des maladies chroniques par exemple. D'autre part, de nombreuses PASS génèrent de la « fausse gratuité » : certains soins sont facturés et la personne recevra une facture de l'hôpital pour ces soins.

⁹ http://www.romeurope.org/IMG/pdf/Fiche_pratique_pour_l_acces_aux_soins_-_MDM-2.pdf

¹⁰ Voir le guide du Comede à partir de la page 175 : <http://www.comede.org/guide-comede/>

3) LES CAS PARTICULIERS

A) Les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi

Les citoyens de l'UE « entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre », c'est-à-dire qui s'inscrivent à Pôle Emploi et n'ayant jamais travaillé en France, sont en situation régulière au regard du droit au séjour au moins pendant les six premiers mois¹¹. Bien qu'ils remplissent la condition de régularité de séjour, ils ne peuvent bénéficier de l'assurance maladie (article L.160-6 CSS).

En pratique, il faut évaluer les procédures envisageables au regard de la situation personnelle de l'intéressé pour envisager une éventuelle demande d'AME. Une appréciation individualisée est fondamentale sur ce point, les démarches à mener pouvant être différentes en fonction des besoins des demandeurs. Par exemple une personne ayant fait une demande AME pourrait se trouver par la suite exposée à une demande de remboursement des frais versés au titre de l'AME ou encore se voir opposer l'irrégularité de son séjour à l'occasion d'un recours contentieux après un refus de prestations par une CAF (car la demande d'AME pourrait être interprétée comme une reconnaissance du caractère irrégulier du séjour).

B) Les inactifs victimes d'un « accident de vie »

Le droit au séjour des personnes inactives et des étudiants est soumis à la double condition de couverture maladie et de ressources suffisantes. S'ils ne disposent pas de ressources suffisantes, ils vont en principe être en situation irrégulière (sauf s'ils bénéficient d'un droit au séjour à un autre titre¹²) et donc être exclus de l'assurance maladie. Cependant, si dans le passé ils ont eu un droit au séjour, ils peuvent, bien que ne remplissant formellement plus les conditions (absence de ressources suffisantes par exemple) se voir reconnaître un droit au séjour et donc un droit à l'assurance maladie, si leur situation résulte d'un « d'accident de vie ». La notion d'accident de vie correspond, dans la circulaire N°DSS/DACI/2011/225 du 9 juin 2011, à des « difficultés graves, imprévisibles et indépendantes de la volonté » des personnes concernées. Il peut s'agir d'accidents de vie « familiaux » (divorce, séparation, décès), d'une situation ayant évolué défavorablement par exemple en raison d'une dégradation de l'état de santé, d'un handicap nouveau, d'un accident de la route, d'accidents et aléas professionnels, d'une perte d'emploi voire d'une baisse de revenus¹³. Selon la circulaire, c'est aux personnes qui font valoir un accident de vie d'apporter la preuve par tout moyen qu'elles ont disposé d'un droit de séjour dans le passé et qu'elles se trouvent actuellement dans une situation relevant de l'accident de vie, et justifiant donc une prise en charge.

¹¹ Voir la « catégorie 3 » dans la note « Tableau : 9 « situations » d'égalité de traitement. Accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union (UE) et des membres de leur famille », », réalisée par B. Demagny et A. Math, [disponible sur le site du GISTI et régulièrement actualisé](#)

¹² Ne sont pas concernés par cette double condition, les citoyens de l'UE n'ayant pas de ressources suffisantes, et même n'exerçant pas d'activité professionnelle mais qui bénéficient d'un droit au séjour à un autre titre : ayant un droit au séjour permanent (catégorie 9), travailleur (catégorie 1), ancien travailleur ayant conservé la qualité de travailleur (catégorie 2), membre de famille d'une des catégories précédentes (catégorie 6). Voir la note

¹³ Voir la catégorie 8 de la note « Tableau : 9 « situations » d'égalité de traitement. Accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union (UE) et des membres de leur famille »,

C) Les mineurs

i. Les mineurs isolés étrangers

Ils sont affiliés à l'assurance maladie et à la CMU-C lorsqu'ils sont pris en charge par l'ASE ou la PJJ. S'ils ne sont pas pris en charge par l'administration ou la justice française, leur situation est difficile. Le mineur peut alors saisir un juge des enfants en lui demandant une prise en charge par l'ASE. S'il ne se voit pas reconnaître la qualité de mineur, il convient d'envisager de demander une protection maladie comme pour un adulte (assurance maladie ou AME).

ii. Les mineurs accompagnés

La réforme « PUMa » a supprimé la catégorie d'ayant droit majeur mais les mineurs qui sont à la charge d'un assuré social sont ayant droit.

- Les mineurs à charge d'un parent (ou d'un autre adulte) en situation régulière et assuré social sont affiliés à la sécurité sociale en tant qu'ayant-droit de cette personne adulte. Aucune condition ne peut leur être opposée, à l'exception de la condition de charge, situation de fait qui peut être prouvée par tout moyen.
- Les mineurs en France avec leurs parents en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'AME dès leur premier jour de présence sur le territoire français, et ce sans considération du niveau de ressources des parents.

Les enfants mineurs peuvent, sur leur demande, être assuré social (assurance maladie) de façon autonome dès l'âge de 16 ans. Ils peuvent même demander, dès l'âge de 12 ans, à avoir leur propre carte vitale (entre 12 et 16 ans, ils resteront ayant droit mineur de l'assuré social adulte)

LEXIQUE

AME : Aide Médicale d'Etat

ASE : Aide sociale à l'enfance

Ayant-droit : personne qui tire ses droits de ses liens avec un assuré social. La réforme « PUMA » a supprimé la qualité d'ayant droit majeur (voir encadré p. 3), en revanche les mineurs peuvent être ayant droit d'un adulte assuré social.

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CCAS : centre communal d'action sociale

CDAS : commission départementale d'aide sociale

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle : nom donnée à la réforme intervenue en 1999-2000 (réforme de l'assurance maladie, de l'aide médicale et création de la CMU-C

CMU-C : CMU complémentaire, accessible à tous les assurés sociaux, sous conditions de ressources

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie (organisme de Sécurité sociale en charge des demandes d'assurance maladie et de CMU-C pour les assurés relevant du régime général et les demandes d'AME)

CRA : Commission de recours amiable (de la CPAM)

CSS : Code de Sécurité Sociale

PJJ : protection judiciaire de la jeunesse

MSA : Mutualité sociale agricole - sécurité sociale pour les salariés, saisonniers et exploitants agricoles.

PUMa : protection universelle maladie (attention, il ne s'agit pas d'un dispositif, d'une prestation ou d'un droit : c'est le nom donné pour désigner la réforme de l'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2016)

RSI : Régime social des indépendants (travailleurs non-salariés, commerçant, artisans, etc.)

TASS : tribunal des affaires de sécurité sociale

UE : Union européenne

