

## Les prestations sociales LA COUVERTURE MALADIE

*La Convention de Genève reconnaît aux réfugiés les mêmes droits qu'aux nationaux en matière d'assistance publique et de sécurité sociale (articles 23 et 24). En France, la branche maladie du régime général de la sécurité sociale couvre les risques de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès. C'est une assurance accessible aux nationaux mais également aux étrangers qui résident en France de façon stable et régulière, parmi lesquels les réfugiés statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire. Le système de santé français est un système à deux étages qui se compose d'un régime général de base obligatoire et d'un système complémentaire facultatif.*

### Le régime de base

Le régime de base obligatoire est financé par un prélèvement automatique des cotisations sur les revenus du travail<sup>1</sup>.

Tout assuré actif ou inactif (dès lors qu'il a déjà travaillé) est affilié à un régime de base de l'assurance maladie (articles L.111-1, L.311-2 et L.311-5 du Code de la sécurité sociale). Il est un assuré sur critères socioprofessionnels. Les étudiants, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation de parent isolé sont également affiliés à un régime de base sur critères statutaires.

Lorsqu'une personne ne réside plus de manière stable et régulière en France, elle cesse de bénéficier des prestations de l'assurance maladie (article L.161-8 du Code de la sécurité sociale). Les personnes qui ne relèvent pas d'un régime professionnel ou statutaire peuvent bénéficier d'un régime de base sous condition de résidence stable et régulière en France. Elles sont assurées sur critère de résidence et affiliées à la CMU de base.

La qualité d'assuré permet d'étendre le droit à un régime de base de l'assurance maladie aux membres de la famille considérés comme des ayants droits. Il peut s'agir d'un conjoint ou d'un concubin, d'une personne avec laquelle l'assuré a conclu un Pacs, d'un enfant de moins de seize ans - mais l'âge limite est fixé à vingt ans si l'enfant est encore scolarisé après seize ans - à la charge de l'assuré ou de son conjoint (article L.313-3 du Code de la sécurité sociale).

---

<sup>1</sup> La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) participent aussi au financement, mais s'étendent à l'ensemble des revenus.

### **Cotisation pour la CMU de base**

Les personnes ayant des ressources supérieures à un certain plafond (ce plafond s'élève à 8 644 euros par an quelle que soit la composition du foyer, pour la période allant d'octobre 2007 à septembre 2008) doivent verser des cotisations<sup>2</sup> pour pouvoir bénéficier de la CMU de base. À l'inverse, pour les personnes qui ont des ressources inférieures à ce plafond, le bénéfice de la CMU de base est gratuit. Il s'avère également gratuit pour les personnes éligibles à la CMU complémentaire (CMU-C) et à une assurance à la complémentaire santé (ACS).

### **Le système complémentaire**

Le régime général de base n'assurant que partiellement la prise en charge financière des soins médicaux, chaque bénéficiaire doit payer la différence, sauf s'il dispose d'une assurance complémentaire qui couvre, partiellement ou totalement, les frais restant à sa charge. Il existe deux types de protection complémentaire: les assurances complémentaires facultatives et la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C).

L'accès à une protection complémentaire nécessite de souscrire un contrat auprès d'une assurance ou d'une mutuelle spécialisée, le niveau de protection dépendant du type de contrat signé. Les personnes dont les revenus sont faibles ont la possibilité de demander la CMU-C ou une aide au paiement d'une assurance à la complémentaire santé (ACS).

La CMU-C est accordée sous condition de ressources (inférieures à 7 272 euros par an pour une personne seule en métropole, depuis le 1er juillet 2007, le plafond variant suivant la composition du foyer) et concerne aussi bien les personnes soumises à la CMU de base que celles soumises à un autre régime de base. Les ressources prises en compte sont celles des 12 mois précédant la demande.

Pour bénéficier de l'ACS, attribuée afin que la personne puisse acquérir une couverture complémentaire, elle doit avoir des ressources supérieures au plafond de la CMU-C, mais ne dépassant pas 20% de ce plafond.

### **CONDITIONS À REMPLIR**

Outre les conditions de ressources pour prétendre à la CMU, les réfugiés statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire sont soumis à d'autres conditions: une condition de résidence stable et régulière en France (articles L.380-1 et R.380-1 du Code de la sécurité sociale).

Les étrangers ne peuvent être affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale que s'ils sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France. A défaut d'une carte de séjour temporaire, ils peuvent présenter tout document prouvant qu'ils ont déposé une demande de titre de séjour auprès de la préfecture de leur lieu de résidence comme le récépissé de demande de titre de séjour ou la lettre de convocation à la préfecture (articles L.115-6 et D.115-1 du Code de la sécurité sociale).

---

<sup>2</sup> La cotisation annuelle est calculée sur la part des ressources dépassant le plafond. Elle représente 8% de ce différentiel. Les ressources prises en compte sont celles de l'année civile précédente.

✎ La circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 indique que cette condition de résidence stable et régulière implique une présence ininterrompue en France de plus de trois mois, hormis pour certaines catégories de personnes dont les demandeurs d'asile et les réfugiés statutaires. Cette circulaire précise également que le délai de trois mois n'est pas exigible pour les bénéficiaires de l'asile territorial. Or, l'asile territorial n'existe plus et la protection subsidiaire ne peut lui être identifiée juridiquement parlant. A défaut d'une mise à jour, il faut en déduire que les bénéficiaires de la protection subsidiaire ne sont pas concernés par cette règle d'exemption. Pour autant, les cas de bénéficiaires de la protection subsidiaire qui ne peuvent justifier de trois mois de présence continue en France sont relativement rares. D'autant que la plupart d'entre eux bénéficient de la CMU de base dès leur demande d'asile.

### L'aide médicale d'Etat

Les personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence régulière peuvent bénéficier de l'aide médicale d'Etat (AME), si elles vivent en France depuis au moins trois mois (article L.251-1 du Code de l'action sociale et de la famille). L'AME s'adresse aux étrangers en situation irrégulière.

## DÉMARCHES

### 1. Affiliation à la CMU

Si la démarche d'affiliation, au titre de la CMU de base, a été effectuée au moment de la demande d'asile, les réfugiés statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire sont déjà affiliés. En revanche, ceux dont la demande d'asile a été traitée en procédure prioritaire n'ont pas forcément bénéficié de la CMU durant ce laps de temps, ils doivent donc, dès l'obtention de leur statut, entamer les démarches d'affiliation à la CMU.

La demande de CMU doit être déposée à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence du demandeur. Les pièces à joindre au dossier sont :

- Un formulaire de demande d'affiliation à la CMU ;
- Une pièce justifiant de la régularité du séjour (titre de séjour, récépissé de demande de titre de séjour, convocation ou rendez-vous en préfecture...) ;
- Une preuve d'état civil pour les personnes à charge (extrait d'acte de naissance, livret de famille...).

Par la suite, les réfugiés statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire doivent signaler tout changement de situation (familiale, professionnelle ou de coordonnées bancaires).

## **2. De la CMU de base au régime de base des salariés**

Les réfugiés statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire qui accèdent à un emploi salarié ne dépendent plus de la CMU de base (affiliation sur critère de résidence) mais basculent vers le régime de base des salariés (affiliation sur critères socioprofessionnels).

Normalement, l'affiliation au régime de base sur critères socioprofessionnels implique de justifier d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou d'un montant minimum de cotisations.

S'il s'agit du premier emploi (comme c'est le cas pour la plupart des réfugiés statutaires et des bénéficiaires de la protection subsidiaire, qui ne n'étaient pas autorisés à travailler durant leur demande d'asile), le droit aux prestations en nature (remboursement des soins) pour les risques de maladie et de maternité s'applique dès le début de l'activité salariée et ceci pendant trois mois, sans qu'il soit nécessaire de remplir les conditions habituelles d'ouverture des droits. C'est à la fin de ces trois mois que les personnes doivent justifier d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou d'un montant minimum de cotisations.

En cas de changement de situation professionnelle, l'usager doit remplir un formulaire de déclaration de changement de situation et l'adresser à une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), accompagné des justificatifs suivants :

- Une photocopie de la carte vitale ou de l'attestation (vitale) de droits ;
- Une photocopie du premier bulletin de salaire ou de l'attestation de l'employeur mentionnant la date de l'embauche ;
- Un relevé d'identité bancaire ;
- Une photocopie du livret de famille (si enfants à charge).

## **3. Maintien des droits**

L'affiliation au régime de base sur critères socioprofessionnels dure tant que les personnes travaillent. Lorsqu'elles cessent leur activité, elles bénéficient d'une période de maintien des droits d'une durée d'un an pour les prestations en nature (remboursement des soins) et, concernant les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, d'une durée d'un an pour les prestations en espèces (indemnités journalières) (articles L.161-8 et R.161-3 du Code de la sécurité sociale)<sup>3</sup>.

Lorsque la personne cesse une activité salariée et qu'elle perçoit des indemnités chômage ou l'allocation de solidarité spécifique, elle conserve la qualité d'assurée et bénéficie d'un maintien de son droit aux prestations en nature pendant toute la durée de versement de

---

<sup>3</sup> Précisons que le conjoint survivant ou le conjoint divorcé peut, s'il a ou s'il a eu trois enfants à charge, bénéficier sans limitation de durée du maintien des droits aux prestations en nature (remboursement des soins) pour les risques de maladie et de maternité.

l'allocation. A l'expiration du versement de l'allocation, la personne dispose d'un maintien de son droit aux prestations en nature pour douze mois supplémentaires.

Les personnes qui ne perçoivent plus un revenu au titre de l'assurance chômage ou du régime de solidarité et qui recherchent un emploi et restent inscrits à l'ANPE continuent à bénéficier sans limitation de durée des prestations en nature (remboursement des soins) du régime général de base pour les risques de maladie et de maternité. Tous les six mois, ils doivent fournir à leur CPAM une déclaration sur l'honneur attestant qu'ils recherchent toujours un emploi. Il en est de même pour les personnes ayant atteint l'âge de cinquante-cinq ans et qui sont, de fait, dispensés de rechercher un emploi. A l'issue de la période de maintien des droits, les réfugiés statutaires et les bénéficiaires de la protection subsidiaire pourront, en l'absence d'une protection sociale à quelque titre que ce soit, demander à nouveau la CMU de base.

## **SITE INTERNET**

Site de l'Assurance maladie

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

## **TEXTES OFFICIELS**

Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés: articles 23 et 24.

Code de la sécurité sociale: articles L.111-1, L.115-6, L.161-8, L.251-1, L.311-2 et 5, L.313-3, L.380-1, D.115-1, R.161-3, R.380-1.

Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire).

Circulaire DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.