

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
27/12/88

Origine :
DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale des Départements
d'Outre-Mer

Réf. :

DGR n° 2287/88

Plan de classement :

50	51					
----	----	--	--	--	--	--

Objet :

QUESTIONS ETUDIEES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ACCORDS INTERNATIONAUX
DE SECURITE SOCIALE.

Principales questions étudiées lors de la dernière réunion du groupe de travail sur les accords internationaux de
Sécurité Sociale.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

MMES et MM les Directeurs

27/12/1988 des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Origine :
DGR des Caisses Générales de Sécurité Sociale

des Départements d'Outre-Mer
(pour attribution)

N/Réf. : DGR N° 2287/88

Objet : Questions étudiées par le groupe de travail sur les accords internationaux de sécurité sociale.

Vous trouverez ci-jointes en annexe les questions étudiées lors de la dernière réunion du groupe de travail sur les accords internationaux de sécurité qu'il m'a paru utile de porter à votre connaissance.

Vous voudrez bien faire connaître à la Division Réglementation de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés toutes observations que pourraient appeler ces différentes questions.

L'Adjoint au Responsable
de la DGR

A. BOUREZ

P.J. : 1

NOTE DE SYNTHESE SUR LA REUNION DU :

9 juin 1988 à 10 H
à la CNAMTS (Salle 824 b)

SERVICE :

DGR/Réglementation GL/CG

OBJET DE LA REUNION :

Groupe de travail sur les accords internationaux de Sécurité Sociale

PARTICIPANTS :	M. BACLET	CP CRETEIL	MME VALLUCI	CP LYON
	MME CAPELLERO-PILLON	CP VERSAILLES		
	MME LOCQUE	CP EVRY	MELLE LOZAHIC)	CNAMTS
	M. MONTACUTELLI	CP LIMOGES	M. ADAM	(REGLEMENTATION
	M. NICOLAS	CP PARIS)
	MME METIVIER	CP PARIS		
	MME GATINET	CP NANTERRE		
	M. PACAUD	CP BOBIGNY		
	M. PAPE	VAIS CP BEAUVAIS		
	M. SALM	CP THIONVILLE		

COMPTE RENDU SUCCINCT :

I - PRISE EN CHARGE DES FRAIS AFFERENTS AUX IVG NON THERAPEUTIQUES POUR LES PERSONNES AFFILIEES AU REGIME DE SS D'UN AUTRE ETAT MEMBRE DE LA CEE.

Dans l'attente de directives ministérielles sur les conditions de prise en charge des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique, la caisse nationale avait fait savoir aux caisses primaires d'assurance maladie dans sa circulaire DGR N° 1682/84 6 AC N° 42/84 que les modalités de remboursement des dépenses relatives à l'interruption volontaire de grossesse fixées par la loi N° 82.1172 du 31 Décembre 1982 rendaient impossible pour les caisses primaires d'assurance maladie la prise en charge des IVG quelle que soit la nationalité de la requérante ou sa situation au regard des instruments internationaux de sécurité sociale, dès lors qu'il y avait maintien de l'affiliation à un régime étranger.

A l'occasion de la suspension d'une décision d'une Commission de Recours Amiable, le Ministère a fait savoir le 25 Mars 1988 :

" Pour faire droit à la requête de Mme, la Commission a fait application des dispositions de l'article 19 du règlement CEE n° 1408/71.

J'ai l'honneur de vous rappeler qu'aux termes de cet article, le travailleur qui réside sur le territoire d'un Etat-Membre autre que l'Etat compétent, bénéficie dans l'Etat de sa résidence, des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution du pays d'emploi par l'institution du lieu de résidence, selon la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié.

En conséquence, une ressortissante française affiliée au régime allemand peut bénéficier du remboursement d'une IVG non thérapeutique par un organisme français de sécurité sociale, la charge des prestations incombant en tout état de cause à l'institution allemande compétente.

Les obstacles de caractère technique relatifs au recours à la procédure de tiers payant ne doivent pas, à mon sens, s'opposer à la prise en charge par les caisses françaises d'assurance maladie des IVG dispensées à des personnes soumises à un régime étranger de sécurité sociale, dès lors que les accords internationaux priment le droit interne".

Le groupe de travail amené à examiner ce point de vue considère que la loi du 31 décembre 1982 ayant créé une nouvelle prestation en nature de l'assurance maladie insérée comme telle dans le code de la sécurité sociale (art. L 321.1 § 3 du code) les institutions françaises peuvent en effet servir cette prestation aux assurés sociaux affiliés à des régimes étrangers de sécurité sociale résidant ou séjournant sur le territoire français.

Mais comme il convient aussi de demander aux organismes d'assurance maladie étrangers, le remboursement des IVG servies pour leur compte par les institutions françaises et de ne pas réclamer le remboursement des prestations afférentes à l'IVG au budget de l'Etat, il faut que les CPAM puissent obvier à l'obstacle de l'anonymat exigé des établissements et des organismes de sécurité sociale (Cf. la circulaire N° 4705 du 23 Février 1983 et la lettre circulaire du 14 Juin 1983).

Dans ces conditions, le groupe de travail est tombé d'accord pour adopter les positions suivantes :

- 1°) Pour les assurés sociaux autorisés à transférer leur résidence en France pour y subir une IVG, la notion d'anonymat n'intervient pas dans ces cas puisque l'autorisation est donnée par l'institution étrangère (formulaire E 112) conformément aux principes définis par sa législation.
- 2°) Pour les assurés sociaux d'un Etat membre de la CEE ou les travailleurs frontaliers résidant en France, admis au bénéfice de l'assurance maladie en application de la réglementation communautaire ou d'un accord bilatéral, il apparaît que si l'anonymat relatif à la nature de l'acte peut facilement être respecté, dès lors qu'il s'agit d'un acte codifié, par contre l'anonymat relatif à la personne sera difficilement conservé, des renseignements nominatifs étant nécessaires pour effectuer la procédure de remboursement.

De ce fait, la seule solution possible de prise en charge réside actuellement dans le paiement direct de l'acte par la personne, qui en demande ensuite le remboursement et lève ainsi l'anonymat.

L'intéressée ne peut donc dans ce cas bénéficier de la dispense d'avance des frais et est remboursée sur présentation d'une feuille de soins délivrée par le praticien et complétée dans les conditions habituelles.

II - DROIT AU CAPITAL DECES D'UN PENSIONNE D'INVALIDITE AYANT ACQUIS UN DROIT A PENSION AU TITRE DE LA LEGISLATION DE DEUX ETATS MEMBRES.

Il s'agit de personnes titulaires de pensions d'invalidité liquidées en coordination entre la France, et la RFA, le Luxembourg, l'Italie ou le Portugal (Pays à législation de type B). La dernière activité avant l'arrêt de travail suivi d'invalidité se situe dans un de ces quatre derniers pays.

Les personnes concernées résident en France et bénéficient en tant que titulaires d'une pension française d'invalidité proratisée d'un droit aux prestations en nature du régime français de sécurité sociale.

Aux termes des Règlements CEE articles 65 et 66, la charge de l'allocation de décès incombe au régime français auquel l'intéressé est affilié.

La base de calcul de la pension pourrait être dans ce cas le salaire de comparaison revalorisé qui a servi au calcul de la pension d'invalidité.

III - LES FORMULAIRES E 121 NE COMPORTENT PAS D'INDICATION DU TAUX D'INCAPACITE. COMMENT PEUT-ON, DANS CE CAS, FAIRE BENEFICIER LES INTERESSES QUI VIENNENT RESIDER EN FRANCE DE L'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR LORSQU'ILS SONT RESSORTISSANTS COMMUNAUTAIRES ET TITULAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITE OU D'UNE RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL.

En matière d'invalidité, il n'appartient pas aux organismes français de rechercher le taux d'invalidité que présentent médicalement les intéressés puisque selon la législation française tout titulaire de pension d'invalidité, quel que soit le taux d'incapacité qu'il présente, bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie avec exonération du ticket modérateur.

En matière d'accident du travail, pour être pris en charge intégralement au titre de la législation interne française, il faut être atteint d'un taux d'IPP de 66 2/3. Dès lors qu'un formulaire communautaire E 121 est établi par une institution d'un autre Etat membre justifiant qu'il y a une ouverture de droits au titre de la législation de son pays d'affiliation, on suppose que l'assuré est atteint d'un taux d'incapacité équivalent permettant une prise en charge avec exonération du ticket modérateur.

Ces dispositions sont également valables dans le cadre des relations conventionnelles bilatérales sauf avec l'Autriche ou l'article 18 § 2 de la convention exige une équivalence des taux d'IPP justifiée par la présentation du titre de pension.

IV - APPLICATION DE L'ARTICLE 24 DU REGLEMENT CEE 574/72 LE TRAVAILLEUR RESSORTISSANT DE LA CEE EN SEJOUR DANS UN ETAT MEMBRE QUI SE VOIT PRESCRIRE UN ARRET DE TRAVAIL EST-IL TENU DE CONTACTER L'ORGANISME DE SECURITE SOCIALE DU PAYS DE SEJOUR AFIN D'Y SUBIR LES CONTROLES ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX PREVUS POUR LES TRAVAILLEURS QUI Y RESIDENT.

Selon l'article 24 du règlement n° 574/72 du Conseil de la communauté européenne, en cas de séjour d'un travailleur dans un Etat membre autre que l'Etat d'affiliation, il y a lieu pour l'octroi des prestations en espèces en vertu de l'article 22 du Règlement n° 1408/71 d'appliquer par analogie les dispositions de l'article 18 du Règlement n° 574/72, et si ce même article 24 dispense dans ce cas le travailleur de présenter à l'institution du lieu de séjour l'avis d'arrêt de travail visé à l'article 18, c'est sous réserve de l'obligation imposée par ce texte de produire un certificat d'incapacité de travail. (publication au bulletin juridique de la CNAMTS N° 37/87 P 44 Jaune). Cette position a été confirmée par la Cour de Cassation dans son arrêt du 11 Février 1987 (Bull. des arrêts de la Cour de cassation n° 2 - Février 1987).

V - AYANTS DROIT D'UN ASSURE D'UN REGIME ETRANGER RESIDANT SUR LE TERRITOIRE FRANCAIS.

POUR LES AYANTS DROIT QUI SONT INSCRITS EN REFERENCE A L'ARTICLE L 313.3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, LES PRESTATIONS DOIVENT-ELLES ETRE SERVIES TANT QUE LES CONDITIONS FIXEES PAR LEDIT ARTICLE SONT REMPLIES, OU BIEN LEUR SERVICE PEUT-IL ETRE ETENDU A LA PERIODE DE DOUZE MOIS DEFINIE AUX ARTICLE L 161.8 ET R 161.3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE.

En application des Règlements CEE, article 1er § F le terme "membre de la famille" désigne toute personne définie ou admise comme membre de la famille ou désignée comme membre du ménage par la législation au titre de laquelle les prestations sont services.

La qualité d'ayant droit s'apprécie donc lorsque la France est le pays de résidence de l'ayant droit, compte tenu des dispositions de l'article L 313.3 du Code de la sécurité sociale.

La qualité d'ayant droit et l'étendue du droit aux prestations doivent donc être appréciés au titre de la législation française.

Par contre, l'ouverture du droit et la durée du service des prestations doivent donc être examinées au regard de la législation du pays d'affiliation.

Comme de plus la législation interne française (article L 161.8 et R 161.3 du code de la SS) ne maintient un droit aux prestations que pour les ayants droit des personnes affiliées au régime français de sécurité sociale, on ne peut donc pas étendre la notion de maintien de droit aux ayants droit des personnes affiliées au régime de sécurité sociale d'un autre Etat membre de la CEE.

VI - FONCTIONNAIRES EN POSTE DANS UN AUTRE PAYS MEMBRE DE LA CEE

Le Ministère, dans sa lettre du 22 Septembre 1987, a indiqué que les fonctionnaires et les personnels assimilés demeurent assujettis, s'ils sont titulaires, au régime spécial pour les prestations en espèces et au régime général pour les prestations en nature et s'ils ne sont pas titulaires, au régime général pour l'ensemble des prestations.

Ces dispositions sont-elles applicables aux fonctionnaires publics de l'Etat, aux fonctionnaires territoriaux, aux fonctionnaires hospitaliers titulaires et aux agents contractuels. S'appliquent-elles au personnel en poste ou en mission ?

En effet, la lettre ministérielle n'apporte pas de précision sur la notion de fonctionnaire, et donc sur les personnes qu'elle entend viser. Comme cette notion n'est pas la même au regard de tous les textes qui emploient cette expression, il convient de retenir la définition contenue dans le statut actuellement en vigueur.

Selon l'article 2 de la loi du 11 Janvier 1984 relative à la fonction publique d'Etat "le présent titre s'applique aux personnes qui, régies par les dispositions du titre 1er du statut général (loi du 13.07.1983), ont été nommées dans un emploi permanent à temps complet et titularisées dans un grade de la hiérarchie des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs en dépendant ou des établissements publics de l'Etat". L'article 2 de la loi du 26 janvier 1984 relative à la fonction publique territoriale contient des dispositions analogues, se référant, pour la titularisation, aux "grades de la hiérarchie administrative des communes, des départements, des régions ou de leurs établissements publics, ainsi que des offices publics d'habitations à loyer modéré et des caisses de crédit municipal, à l'exception, pour ces dernières, des directeurs et des agents comptables".

De ces définitions se dégagent deux éléments caractéristiques de la définition du fonctionnaire : **la permanence de l'emploi, l'intégration dans une hiérarchie administrative.**

1°) La permanence de l'emploi et de son occupation

La permanence est la première condition de la qualité de fonctionnaire. Elle concerne non seulement l'emploi occupé mais aussi l'occupation de cet emploi. En d'autres termes, pour qu'un agent soit fonctionnaire il faut qu'il **occupe à titre permanent un emploi lui-même permanent.**

Exclusions résultant de la notion de permanence

L'exigence de la permanence conduit à exclure de la catégorie des fonctionnaires, outre, bien entendu, les collaborateurs extérieurs à l'administration (requis, collaborateurs occasionnels), **les agents intérimaires** ainsi que **les agents temporaires.**

2°) L'intégration dans une hiérarchie administrative

C'est l'intégration dans la hiérarchie d'un corps au moyen de la titularisation qui confère la qualité de fonctionnaire.

Exclusions résultant de la notion de titularisation dans un corps

Cette notion de titularisation ou intégration dans un corps permet de définir **a contrario** une partie importante du personnel non fonctionnaire.

a) **les stagiaires**, qui accomplissent, à la suite d'un concours de recrutement, un temps d'épreuve en vue d'une titularisation ultérieure. Le statut des stagiaires de l'Etat est actuellement organisé par un décret du 13 septembre 1949.

b) les divers employés ou ouvriers de l'administration.

c) **les auxiliaires** - bien que le cas des agents auxiliaires soit plus spécial et plus complexe, ils ne se distinguent plus des fonctionnaires que par le fait qu'ils ont des cadres différents de ceux des fonctionnaires proprement dits ; quant à la permanence de leur emploi on peut seulement dire qu'elle est moindre que pour les fonctionnaires. (Le décret de 1946 distingue du reste des auxiliaires permanents et provisoires). En réalité, il n'est pas interdit de considérer les auxiliaires, comme constituant une **catégorie particulière de fonctionnaires**.

Un troisième élément est également pris en considération par la jurisprudence :

La nature du service public auquel collabore l'agent. - La jurisprudence mentionne comme élément de la définition du fonctionnaire la participation à un service public. Mais ce dernier élément doit être précisé de plusieurs manières :

1°) Le législateur assimile exceptionnellement aux fonctionnaires certaines personnes non employées dans des services publics ; c'est le cas des élèves de l'école nationale d'administration (Ord. 09.10.1945) et des élèves de troisième année des écoles normales supérieures (L 26.08.1948)

2°) N'est pas fonctionnaire le personnel des services publics gérés par des particuliers, notamment les employés de concessionnaire de service public.

3°) Mais surtout l'exclusion la plus importante concerne la plus grande partie du personnel des services industriels ou commerciaux, puisque, comme on l'a vu plus haut, celui-ci constitue un personnel de droit privé.

Ces éléments de doctrine sont donnés à titre d'information du fait de l'absence de définition stricte et permanente de cette fonction.

Par ailleurs, pour simplifier l'application pratique de ces dispositions, le groupe de travail considère que celles-ci s'appliquent au personnel en poste ainsi qu'au personnel dont la mission s'accomplit sur une durée de plus de trois mois.

VII -CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS PRESCRITS A L'ETRANGER ET ACHETES EN FRANCE.

Les dispositions de la lettre du 9 Décembre 1987 s'appuyant sur celles du code de la santé publique - article L 356 § 1 - précisent en effet que les caisses primaires ne peuvent prendre en charge le remboursement des prescriptions effectuées par des médecins exerçant leur art à l'étranger et non inscrits au tableau de l'ordre français.

Il est précisé que pour les personnes affiliées dans un autre Etat membre de la CEE, qui sont autorisées à venir se faire soigner en France, dans le cadre des Règlements communautaires, et sont munies d'un formulaire E 112, la prise en charge de la prescription par la caisse primaire d'assurance maladie française est subordonnée à la confirmation de cette prescription par un médecin inscrit au tableau de l'ordre français.

Ceci est également valable pour l'application des dispositions conventionnelles en général qui prévoient le transfert de résidence pour recevoir des soins.

VIII - PRISE EN CHARGE DES FRAIS POUR SOINS DE SANTE EN CAS DE CHANGEMENT DE RISQUE APRES TRANSFERT DE RESIDENCE (TRANSFERT DE RESIDENCE AU TITRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET SURVENANCE D'UNE MALADIE A L'ETRANGER AU COURS DU TRANSFERT).

Sur ce point il convient de se conformer aux dispositions prises par le Ministère en Janvier 1986 (publiées au Bul.Jur. CNAMTS N° 25/1986) précisant qu'"aucun accord bilatéral passé par la France ne comporte de disposition prévoyant la prise en charge de tels soins dispensés à l'occasion de maladies intercurrentes" et "qu'en l'absence de dispositions expresses à cet effet dans la convention, il ne peut faute de bases légales, être procédé au remboursement des frais de soins dont il s'agit dans les termes conventionnels".

Les décisions intervenues des tribunaux ne constituent que des cas d'espèces et n'ont pas été confirmées par celles de la Cour d'Appel ou des arrêts de la Cour de Cassation.