

Paris, le 6 janvier 2020

---

**Décision du Défenseur des droits n°2019-323**

---

**Le Défenseur des droits,**

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

---

Vu le code de la sécurité sociale ;

Saisi par Madame X d'une réclamation concernant le refus de prise en charge de frais de santé opposé par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Y ;

Décide de présenter les observations suivantes devant le pôle social du tribunal de grande instance de Z.

Jacques TOUBON

---

## **Observations devant le pôle social du tribunal de grande instance de Z présentées en application de l'article 33 de la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011**

---

Le Défenseur des droits a été saisi de la réclamation de Madame X, concernant le refus de prise en charge des frais de santé qu'elle a engagés entre le 21 juin et le 5 septembre 2016. Les services de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Y considèrent que l'intéressée ne pouvait être affiliée à l'assurance maladie à cette période.

### **Faits**

Madame X, ressortissante marocaine, est entrée sur le territoire français le 28 mai 2016 dans le cadre de la procédure de regroupement familial.

Ayant été informée de l'impossibilité d'être affiliée en qualité d'ayant-droit de son conjoint, l'intéressée indique avoir sollicité l'ouverture de ses droits à l'assurance maladie au guichet de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Z, le 17 juin 2016.

Enceinte à l'époque des faits, Madame X a dû consulter un médecin dès le 21 juin 2016. À cette occasion, une déclaration de médecin traitant a été établie, laquelle aurait été immédiatement transmise aux services de la CPAM.

Les feuilles de soins transmises à la CPAM concernant des soins intervenus entre le 21 juin et le 5 septembre 2016 ont donné lieu à une série de refus de remboursement. Pourtant, selon la réclamante, les soins reçus en établissement hospitalier auraient quant à eux été pris en charge.

Faisant suite à une nouvelle notification de refus adressée le 23 janvier 2017, Madame X a sollicité les services de la CPAM afin d'obtenir des éléments d'information quant aux motifs de ces refus, en vue de les contester.

Par courrier du 12 avril 2017, la caisse a indiqué à Madame X qu'elle ne pouvait être affiliée à l'assurance maladie qu'à compter du 6 septembre 2016, date à laquelle son dossier aurait été enregistré dans la mesure où elle justifiait alors d'une résidence ininterrompue en France de plus de trois mois.

L'intéressée, qui produit une copie de sa demande portant la date du 17 juin 2016, a contesté cette décision le 26 avril 2017 auprès du conciliateur de la CPAM de Y.

Par courrier en réponse du 5 mai 2017, la caisse confirmait ce refus au motif que le dossier complet de l'intéressée ayant été reçu le 6 septembre 2016 en agence d'accueil et en l'absence d'activité salariée, sa couverture maladie prenait effet à cette date. Dès lors, les frais médicaux engagés antérieurement « *qui, en outre, ne sont pas liés à une maladie ou un accident mais à [sa] grossesse* », devaient rester à sa charge. La caisse a alors invité la réclamante à se retourner vers l'assurance qu'elle aurait souscrite au Maroc.

L'examen des pièces produites par Madame X au soutien de sa réclamation fait apparaître que les voies et délais de contestation de cette décision, dont la motivation lui est parvenue tardivement, n'ont pas été notifiés.

C'est la raison pour laquelle, après avoir contesté une nouvelle fois cette décision à partir du 21 février 2017 auprès des services administratifs de la caisse puis du conciliateur, la réclamante a saisi la commission de recours amiable (CRA), le 26 février 2018.

Le 20 mars 2018, la CRA a indiqué à la réclamante qu'elle n'était pas compétente pour traiter sa réclamation et l'a invitée à s'en remettre aux termes du courrier qui lui avait été adressé le 5 mai 2017. L'intéressée a par conséquent porté le litige devant le pôle social du tribunal de grande instance de Z.

C'est dans ces conditions que Madame X a sollicité l'intervention du Défenseur des droits.

### **Instruction**

Par courrier du 25 novembre 2019, le Défenseur des droits a adressé à la CPAM de W, une note récapitulant les éléments de fait et de droit sur lesquels il fonde son analyse et l'a invité à formuler toute observation qu'il jugerait utile de porter à sa connaissance.

À ce jour, ce courrier est resté sans réponse.

Les services du Défenseur des droits ont également sollicité, par courriel du 12 décembre 2019 adressé au conciliateur de la CPAM, les observations de la caisse ou, à tout le moins, les écritures produites dans le cadre de la présente procédure afin que l'instruction du Défenseur des droits puisse aboutir à une issue définitive avant la date d'audience fixée au 9 janvier 2020.

Par un courriel en réponse du même jour, le conciliateur a indiqué que la directrice de la caisse a sollicité un nouvel examen de la situation de Madame X.

En l'absence d'information quant à l'issue de ce réexamen, le Défenseur des droits décide de présenter les observations suivantes.

### **Discussion juridique**

À titre liminaire et au regard des arguments énoncés par le conciliateur afin de justifier le refus d'affiliation et le renvoi vers une assurance privée, il convient de préciser que le visa délivré dans le cadre de la procédure de regroupement familial n'est pas soumis à la condition de souscrire une assurance couvrant les frais de santé engagés en France.

Par ailleurs, la circonstance que les frais soient relatifs à des soins liés à la grossesse et non à une maladie ou un accident est sans effet sur le droit à une prise en charge.

Après analyse des pièces du dossier et de la législation applicable à la date de la demande d'affiliation formulée par Madame X, il apparaît que la régularité de la situation de l'intéressée au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, ne peut être contestée (1) et

que c'est à tort que les services de la CPAM de Y ont considéré que l'intéressée ne pouvait être affiliée à l'assurance maladie puisqu'elle ne justifiait pas de trois mois de présence à la date des soins dont elle sollicite le remboursement, cette condition ne lui étant pas opposable (2).

### **1. Concernant la condition de régularité du séjour**

L'article L.160-1 du code de la sécurité sociale (CSS) tel qu'issu de la réforme relative à la protection maladie universelle (PUMa) prévoit que :

*« Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.*

*L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L.111-2-2 et L.111-2-3 [...] »*

L'article L.111-2-3 du CSS visé par l'article L.160-1 précité renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser que :

*« Sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L.111-1. »*

Or, pour ce qui concerne le contrôle de la régularité du séjour, le texte réglementaire annoncé par l'article précité demeurerait attendu au moment où Madame X a formulé sa demande d'affiliation.

Dans l'attente, il convenait de se reporter aux instructions n° D-2015-9600 émises par le directeur de la sécurité sociale le 16 décembre 2015 aux fins de guider la pratique des caisses durant cette période transitoire.

Selon ces instructions, il était demandé aux caisses de continuer à appliquer les textes existants et de ne pas modifier leurs pratiques jusqu'à la publication des nouveaux décrets.

À cet égard, il y a lieu de rappeler que, sous l'empire des dispositions antérieures à la réforme PUMa, la condition de régularité du séjour était appréciée différemment selon que la personne relevait d'une affiliation sur critères socio-professionnels ou d'une affiliation sur critère de résidence.

Ainsi, conformément à l'article L.115-6 du CSS, les personnes relevant d'une affiliation sur critères socio-professionnels devaient, pour justifier de la régularité de leur séjour, produire l'un des titres visés à l'article D. 115-1 du même code.

En revanche, pour les personnes affiliées sur critère de résidence, au titre de la CMU, comme c'est le cas de Madame X, les modalités du contrôle de la condition de la régularité de séjour étaient précisées par voie de circulaire (DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000). La

régularité du séjour de ces dernières faisait ainsi l'objet d'une appréciation plus souple, la circulaire indiquant que :

*« À défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de résidence ».*

À cet égard, le directeur de la sécurité sociale précisait expressément dans ses instructions du 16 décembre 2015 précitées, que les conditions de contrôle fixées par la circulaire du 3 mai 2000 demeuraient applicables durant la période transitoire entre l'entrée en vigueur des textes législatifs de la réforme PUMa et la publication des décrets d'application :

*« Les pièces justificatives demandées au moment de l'immatriculation et de l'affiliation (...) en application de la circulaire 2009-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle sont inchangées dans l'attente de nouvelles circulaires et/ou instructions de la DSS ».*

En l'espèce, la situation de Madame X relevait bien de l'affiliation sur critère de résidence puisqu'elle n'exerçait pas d'activité professionnelle au moment de sa demande.

Dès lors, conformément aux instructions données par le directeur de la sécurité sociale, elle aurait dû, jusqu'à la publication du décret en Conseil d'Etat précisant les modalités du contrôle de la régularité du séjour annoncé par l'article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale, pouvoir justifier de cette régularité par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre).

Le visa d'installation puis le récépissé de demande de titre de séjour produits par Madame X, suffisaient donc à attester de la régularité de son séjour.

Ainsi, la situation de l'intéressée permettait son affiliation immédiate au régime général d'assurance maladie, à compter de sa demande introduite le 17 juin 2016.

Ce raisonnement est par ailleurs confirmé par l'évolution postérieure des textes.

Par arrêté du 10 mai 2017, le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère de l'Intérieur ont conjointement fixé la liste des documents susceptibles d'être produits par un étranger au titre de justificatif de la régularité de son séjour en vue de son affiliation au régime général de l'Assurance maladie sur le fondement du nouvel article L.160-1 du code de la sécurité sociale. Sur cette liste figure, au point 11, le visa délivré dans le cadre de la procédure de regroupement familial visé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

À plusieurs reprises, le Défenseur des droits a appelé l'attention du ministère chargé des Affaires sociales sur le fait que les personnes concernées satisfont, dès leur entrée en France, à la condition de résidence stable requise pour l'affiliation à l'assurance maladie puisque ces visas sont par essence délivrés à des personnes ayant vocation à s'installer en France. L'exigence de présentation d'un visa visé par l'OFII revient dans les faits à retarder, sans motif

légitime, l'affiliation de leurs titulaires à l'assurance maladie, alors même qu'ils remplissent, dès leur arrivée en France, les conditions requises par la loi pour l'affiliation sur critère de résidence.

La lettre ministérielle DSS n° D-18-018498 du 15 janvier 2019 remédie à cette difficulté en considérant, tant pour les étudiants que pour les personnes rejoignant un assuré relevant du régime français d'assurance maladie, que :

*« La procédure d'enregistrement par l'OFII (...) ne pourra être opposée, dans l'attente de la téléprocédure d'enregistrement qui pourra être effectuée sans délai ».*

Cette instruction est reprise par la circulaire de la CNAM n°16/2019 ayant pour objet la gestion de la régularité du séjour, dans les termes suivants :

*« Les conjoints mariés de personnes assurées en France, ou leurs partenaires liés par un pacte civil de solidarité, qui détiennent un visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) portant la mention « vie privée et familiale » (validation du visa par le biais du téléservice mis en place depuis le 18 février 2019), ou un visa « C » lorsqu'ils sont ressortissants algériens, remplissent la condition de régularité ».*

Dès lors, la situation administrative de Madame X doit être réexaminée à la lumière de ces instructions.

## **2. Concernant la condition de stabilité de la résidence**

L'article D.160-2 du code de la sécurité sociale (CSS) dans sa version en vigueur à la date de la demande, dispose que :

*« La condition de stabilité de la résidence mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-5 est satisfaite lorsque la personne concernée présente un justificatif démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. La condition de stabilité de la résidence est également satisfaite pour la personne qui présente un justificatif démontrant qu'elle relève de l'une ou l'autre des catégories suivantes :*  
*5° Personnes résidant en France au titre de la procédure de regroupement familial conformément à l'article L. 411-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ».*

En dépit de ces dispositions, les services de la caisse indiquaient, par courrier du 12 avril 2017, que Madame X ne pouvait être affiliée à l'assurance maladie avant le 6 septembre 2016, date à laquelle elle justifiait d'une résidence ininterrompue en France de plus de trois mois.

Or, l'intéressé n'avait pas à justifier de la condition d'antériorité de présence en France de trois mois, la stabilité de sa résidence étant acquise dès lors qu'elle est entrée en France par la procédure de regroupement familial. La décision de la CPAM d'affilier Madame X à compter de septembre 2016 contrevient donc aux dispositions précitées de l'article D.160-2 du CSS précité.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments, que la CPAM a procédé à une application erronée de la réglementation applicable à la situation de Madame X. Dès lors, celle-ci constitue une atteinte aux droits de l'intéressée en qualité d'usagère d'un service public.

Telles sont les observations que le Défenseur des droits entend porter et souhaite soumettre à l'appréciation de la formation de jugement.

Jacques TOUBON