|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **à jour au 29 février 2016** | **3, 2016** |

**Folio :**624580**Code pied :**AL 0/109 |

|  |
| --- |
| **ALSACE-MOSELLE****Fasc. 652** |

 |

**RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE**

**Dominique-Marie DAGORNE**

**Juriste à l'Institut du droit local Alsacien-Mosellan**

**POINTS-CLÉS**

1. – Le régime local d'assurance maladie est un régime obligatoire et complémentaire du régime général (V. n° [11](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN11) à [13](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN13)).

2. – La liste des personnes bénéficiaires du régime local d'assurance maladie figure à l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale (V. n° [21](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN21) à [71](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN71)).

3. – Le régime local d'assurance maladie est financé par une cotisation prélevée sur les rémunérations ou gains, les revenus de remplacement ou les pensions de retraite (V. n° [73](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73) à [86](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN86)).

4. – Le régime local d'assurance maladie assure le remboursement de la plupart des médicaments à 90 % et les frais d'hospitalisation à 100 % (V. n° [90](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN90) à [97](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN97)).

5. – Le régime local est géré de façon autonome par l'Instance régionale de gestion du régime local d'assurance maladie (V. n° [99](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN99) à [107](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN107)).

**SOMMAIRE ANALYTIQUE**

[**INTRODUCTION : 1 À 15.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N103B0)

[**I. – LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE : 16 À 71.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N107C5)

[**A. – Les salariés : 21 à 40.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N108E0)

[1° Siège social de l'entreprise en Alsace-Moselle : 23 à 27.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1092D)

[a) Salariés travaillant en Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège social en Alsace-Moselle : 23 à 25.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10931)

[b) Salariés travaillant hors Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège en Alsace-Moselle : 26 à 27.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N109CD)

[2° Siège social de l'entreprise hors Alsace-Moselle : 28.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10A1D)

[3° Salariés concernés à compter du 1er avril 2012 : 29 à 36.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10ACC)

[a) Lieu d'exercice de l'activité du salarié en Alsace-Moselle : critère principal : 30 à 32.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10AE5)

[b) Lieu d'exercice de l'activité du salarié hors Alsace-Moselle : rattachement au régime local sous certaines conditions : 33 à 35.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10B51)

[c) Entrée en vigueur des nouvelles dispositions et salariés concernés : 36.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10B9A)

[4° Cas particuliers : 37 à 40.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10BFE)

[a) Les salariés visés à l'article L. 325-1, II, 2° du Code de la sécurité sociale : 38.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10C14)

[b) Les salariés visés à l'article L. 325-1, II, 3° du Code de la sécurité sociale : 39.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10C40)

[c) Les personnes visées à l'article L. 325-1 II 4° du Code de la sécurité sociale : 40.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10C77)

[**B. – Les titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations chômage, d'allocations de préretraite, de pensions d'invalidité ou de réversion, ou d'une rente d'accident du travail : 41 à 44.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10D04)

[1° Titulaires de revenus de remplacement, allocations et indemnités de chômage : 41.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10D08)

[2° Titulaires d'allocations de préretraite : 42.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10D35)

[3° Titulaires de pensions d'invalidité ou de pensions de réversion : 43.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10D4E)

[4° Titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion : 44.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10D76)

[**C. – Le cas particulier des retraités : 45 à 67.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10DA1)

[1° Les retraités résidant en Alsace-Moselle et bénéficiant du régime local au 1er juillet 1998 : 46.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10E57)

[2° Les titulaires d'un avantage de vieillesse quel que soit leur lieu de résidence en France ou dans les départements d'outre-mer : 47 à 56.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10E92)

[a) Situation créée par la loi du 14 avril 1998 : 47 à 49.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10E96)

[b) La réforme de 2002 : 50 à 55.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N10FF7)

[c) Anciens salariés du Port autonome de Strasbourg : 56.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N112A8)

[3° Les retraités anciens salariés frontaliers : 57 à 67.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N112CC)

[a) La situation en 1998 : 58 à 60.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N112E9)

[b) La réforme de 2002 : 61 à 67.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N113FE)

[**D. – Les ayants droit : 68 à 71.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1159E)

[1° Les membres de la famille : 69.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N115AC)

[2° Les personnes à charge autres que les membres de la famille : 70.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N115CE)

[3° Le cas particulier des élus locaux : 71.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N115ED)

[**II. – LE FINANCEMENT DU RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE : 72 À 88.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1167F)

[**A. – La cotisation : 73 à 86.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1168A)

[1° Les assujettis et l'assiette de la cotisation : 73 à 81.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1168E)

[a) Les salariés et assimilés : 73 à 74.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11692)

[b) Les titulaires de revenus de remplacement, d'allocations de préretraite ou de pensions d'invalidité ou de réversion : 75 à 77.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1170A)

[c) Les titulaires d'un avantage de vieillesse : 78 à 81.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N1178E)

[2° Le taux de la cotisation : 82 à 84.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N118BA)

[3° La proposition de cotisation patronale : 85 à 86.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N119D6)

[**B. – Les autres ressources du régime local d'assurance maladie : 87 à 88.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11A03)

[**III. – LES PRESTATIONS DU RÉGIME LOCAL : 89 À 97.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11A7D)

[**A. – Les prestations servies par le régime local jusqu'à la création de l'instance de gestion du régime local : 90 à 94.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11AAC)

[1° Les frais d'honoraires : 90.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11AB0)

[2° Les médicaments et autres frais pharmaceutiques : 91.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11AC7)

[3° Examens de laboratoire et frais de transport : 92.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11AD8)

[4° Frais occasionnés en établissements de soins : 93 à 94.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11AE9)

[**B. – Les prestations servies par le régime local après la création de l'instance de gestion du régime local : 95 à 97.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11B6A)

[**IV. – LA GESTION DU RÉGIME LOCAL : 98 À 107.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11CB4)

[**A. – L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie : 99 à 103.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11D34)

[1° Composition de l'instance : 99 à 101.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11D38)

[a) Membres délibérants : 100.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11D93)

[b) Membres consultatifs et représentants des employeurs : 101.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11DBE)

[2° Attributions du conseil d'administration de l'instance de gestion : 102.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11DF8)

[3° Bilan d'activité de l'instance de gestion du régime local : 103.](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11E7F)

[**B. – Les règles de gestion : 104 à 107.**](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#N11EA6)

**INDEX ALPHABÉTIQUE**

Action de prévention, [103](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN103).

– sanitaire et sociale, [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102).

Activité itinérante, [34](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN34), [73](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73), [74](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN74).

Affiliation, [12](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12), [55](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN55), [64](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN64).

Agence Régionale de Santé (ARS), [103](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN103).

Allocation de préretraite, [42](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN42).

ANI (accord national interprofessionnel), [12](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12).

Attestation des droits, [74](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN74).

Avis du conseil d'administration de l'instance de gestion, [83](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN83).

Ayant droit, [68](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN68).

Bénéficiaires, [16](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN16).

Caisses de secours, [1](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN1).

CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), [10](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN10), [51](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN51), [52](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN52), [53](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN53), [64](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN64), [78](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN78), [80](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN80), [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102).

Chèque emploi-service, [25](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN25).

– emploi service universel (Cesu), [25](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN25).

Chômage, [41](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN41), [75](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN75).

CMU (couverture maladie universelle), [17](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN17), [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102).

Complémentaire santé obligatoire, [12](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12).

Confédération helvétique, [58](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN58), [60](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN60), [67](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN67).

Conseil d'administration de l'instance de gestion, [98](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN98) à [103](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN103).

Cotisation, [13](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN13), [59](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN59), [73](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73) à [86](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN86).

Assiette, [74](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN74), [78](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN78) à [81](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN81).

Exonération, [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102).

Patronale, [86](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN86).

Taux, [82](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN82) à [84](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN84), [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102).

CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), [105](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN105).

CRAV (caisse régionale d'assurance vieillesse), [52](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN52), [78](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN78), [81](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN81).

Cure thermale, [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

Domicile, [31](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN31).

Dons et legs, [88](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN88).

Droit d'option, [48](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN48).

Durée d'assurance, [53](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN53).

Élus locaux, [71](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN71).

Entreprise, [23](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN23) à [28](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN28), [73](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73).

Équilibre financier, [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102), [106](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN106).

Étudiant, [69](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN69).

Examens de laboratoire, [92](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN92), [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

Excédent, [84](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN84), [102](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN102).

Financement, [72](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN72), [84](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN84).

Fonctionnaire, [19](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN19), [71](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN71).

Fonds d'assurance maladie, [105](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN105).

– de gestion administrative, [105](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN105).

– de réserve, [105](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN105), [107](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN107).

Forfait hospitalier, [94](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN94), [97](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN97).

Frais d'honoraires, [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

– de transport, [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

Frontaliers, [57](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN57) à [67](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN67).

Gestion du régime local, [98](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN98).

Instance de gestion, [7](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN7), [95](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN95), [99](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN99).

Membres, [100](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN100), [101](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN101).

– de gestion des professions agricoles, [14](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN14).

Majoration de retard, [87](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN87).

Médicaments, [91](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN91), [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

Vignette bleue, [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

génériques, [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

Mutuelle complémentaire, [12](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12).

Optique, [96](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96).

PACS, [70](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN70).

Pension

Invalidité, [43](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN43), [75](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN75).

Réversion, [43](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN43), [54](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN54), [75](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN75).

Placements, [107](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN107).

Pôle Emploi, [41](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN41).

Port autonome de Strasbourg, [39](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN39), [56](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN56), [73](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73).

Portage salarial, [31](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN31).

Prestations, [90](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN90) à [97](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN97).

Rapport Baltenweck, [6](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN6), [85](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN85).

– sur le régime local et la complémentaire santé obligatoire, [12](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12).

Recours contre les tiers, [87](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN87).

Régime général de sécurité sociale, [4](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN4), [17](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN17).

– local des assurés des professions agricoles et forestières, [14](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN14).

Régimes spéciaux, [18](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN18).

Règlement communautaire CEE, [58](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN58) à [67](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN67).

Règles de gestion financière, [104](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN104).

Retraités, [45](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN45), [50](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN50) à [52](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN52), [78](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN78), [101](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN101).

Revenus de remplacement, [41](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN41), [75](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN75), [84](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN84).

Siège social, [23](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN23), [26](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN26), [73](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73).

Télétravail, [31](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN31).

Territorialité, [16](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN16).

Ticket modérateur, [5](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN5), [90](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN90).

Travailleur à domicile, [31](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN31).

URSSAF, [26](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN26), [27](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN27), [87](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN87), [105](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN105), [107](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN107).

Union européenne, [58](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN58).

INTRODUCTION

1. – **Historique du régime local des assurances sociales. –**La protection sociale en Alsace-Moselle au XIXe siècle repose principalement sur les œuvres charitables d'une part, et sur la constitution de sociétés de secours mutuelles et d'institutions patronales de prévoyance. Des caisses de secours, mises en place dans la plupart des établissements industriels, assuraient le règlement des dépenses médicales et pharmaceutiques ainsi que le versement d'indemnités journalières aux ouvriers contraints d'arrêter leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident. Les prestations fournies par ces caisses de secours étaient financées par une cotisation à la charge pour moitié de l'ouvrier et pour moitié de l'employeur. Ces caisses existaient en Allemagne et en France mais c'est en Alsace, et plus particulièrement dans le Haut-Rhin que ces organismes précurseurs étaient les plus nombreux. Dès 1850, les entreprises industrielles ont aussi joué un rôle dans la prévention des accidents du travail et ont imaginé un système de garantie des ouvriers contre les accidents. Bien qu'imparfaites ces caisses de secours préfigurent les assurances sociales qui vont être mises en place dans l'empire allemand, et donc aussi en Alsace-Moselle, à partir de l'année 1884, et dont le caractère obligatoire était directement lié au contrat de travail.

2. – Sous l'impulsion de Bismarck trois lois mirent en place un système d'assurance maladie en 1883, d'assurance contre les accidents du travail en 1884 et d'assurance invalidité vieillesse en 1889. L'ensemble de la législation fut ensuite rassemblé dans le Code Impérial des Assurances (ou Code local des assurances sociales) promulgué le 19 juillet 1911. Les ouvriers et employés étaient obligatoirement assurés. Une union des caisses de maladie d'Alsace-Lorraine fédérait l'ensemble des caisses locales et réalisa la construction de la première clinique des assurances sociales à Strasbourg en novembre 1901.

3. – En 1918, l'Alsace et la Moselle redeviennent françaises et le Code local des assurances sociales de 1911 fut maintenu en vigueur provisoirement par la loi du 17 octobre 1919 fixant le régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine, puis par la loi d'introduction de la législation civile française du 1er juin 1924 dans les trois départements *(JO 3 juin 1924)*. Dans la mesure où rien n'existait dans le reste de la France, hormis une réglementation sur les accidents du travail, le maintien en vigueur du Code local des assurances sociales en Alsace-Moselle s'imposait. Le régime local des assurances sociales est resté en vigueur jusqu'au 30 juin 1946 pour l'assurance maladie et l'assurance invalidité-vieillesse, et jusqu'au 31 décembre 1946 pour les accidents du travail.

4. – La sécurité sociale a été définie en 1945 comme « la garantie donnée à chacun qu'en toute circonstance il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » *(P. Laroque, Au service de l'Homme et du droit. Souvenirs et réflexions : Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale 1993)*. Cette conception large de la sécurité sociale s'est traduite par la création d'un grand service, le régime général de sécurité sociale, et de services particuliers et spéciaux. En 1945 sont publiées en France les ordonnances fondamentales du nouveau régime de sécurité sociale et le 1er juillet 1946 le régime local est abrogé et remplacé par le régime général de sécurité sociale. Cependant, l'introduction du régime général en Alsace-Moselle s'est accompagnée d'une série de mesures à caractère transitoire afin de faciliter l'installation du nouveau régime de sécurité sociale d'une part et de protéger les assurés sociaux locaux en conservant leurs droits acquis.

5. – **Historique du régime local d'assurance maladie. –**Jusqu'en 1946, dans le cadre de l'assurance maladie, l'assuré n'avait ni à faire l'avance des frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation ni à participer dans une certaine proportion à ces frais au titre du ticket modérateur tel que prévu dans le régime général par l'ordonnance du 19 octobre 1945 (qui mettait à la charge des assurés une participation aux frais de l'ordre de 20 % et une avance des frais médicaux).

Afin de faciliter la transition entre les deux régimes et de ne pas imposer brutalement aux assurés sociaux d'Alsace-Moselle des charges plus importantes, le décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale *(JO 14 juin 1946)* met en place des mesures particulières sous forme d'avantages consentis aux assurés d'Alsace et de Moselle en contrepartie de la mise en place du régime général. Ainsi, en Alsace-Moselle le ticket modérateur reste limité à 10 % pour les honoraires des médecins, des infirmiers et autres auxiliaires médicaux, des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes ainsi que pour les médicaments, les frais d'analyses et de laboratoire, les frais d'acquisition d'appareil et les frais de transport. En cas d'hospitalisation l'assuré est exonéré de toute participation aux frais d'hospitalisation dès le premier jour.

6. – **La pérennisation du régime local d'assurance maladie. –**Les dispositions dérogatoires issues du décret du 12 juin 1946, provisoires à l'origine, en attendant l'absorption du régime local par le régime général, ont été appliquées pendant quarante-cinq ans avant de faire l'objet d'une pérennisation légalement reconnue.

En réalité la baisse continue des taux de prise en charge par le régime général avait déjà, dans les faits, conféré au régime local un caractère définitif. Dans le cadre des débats sur l'avenir du régime local d'assurance maladie, la suppression du caractère provisoire de ce régime avait été proposée. En effet, depuis les années 80 le régime local d'assurance maladie rencontrait des difficultés financières importantes qui révélaient sa fragilité. À partir du mois de mars 1986 une réflexion en profondeur sur l'organisation du régime local s'est amorcée parallèlement à la mise en place du « Plan Seguin » et l'accroissement important du déficit du régime local, dû également à la réduction de dépenses par le régime local imputables au régime général. Le ministre de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Santé confia une mission de consultation en vue d'aboutir à la création d'une nouvelle structure de gestion du régime local en mars 1990, à Raymond Baltenweck, alors Président du Conseil économique et social d'Alsace. Le rapport remis la même année contenait des propositions d'ordre financier (création d'une cotisation patronale, évolution de la cotisation des retraités, création d'une cotisation sur les allocations de chômage et les pré-retraites), d'ordre administratif (création d'une structure de gestion du régime local chargée plus précisément d'assurer l'équilibre financier du régime), et émettait le souhait que la pérennité du régime local soit assurée.

Ce fut chose faite avec la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social *(JO 4 janv. 1992, p. 178)* dont l'article 5 modifie l'article L. 181-1 du Code de la sécurité sociale qui prévoyait le caractère provisoire du maintien du régime local. La consécration de l'existence d'un régime complémentaire légal obligatoire en Alsace-Moselle était réalisée sans donner lieu par ailleurs à d'importants débats.

7. – **La mise en place d'une instance de gestion autonome. –**Le régime local d'assurance maladie était géré par la Caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle dont le siège était fixé à Strasbourg. Cette gestion s'opérait en liaison avec les caisses primaires d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. La réglementation de cette gestion était contenue dans un arrêté du 16 janvier 1975 *(JO 29 janv. 1975)* relatif à la couverture des charges complémentaires des Caisses primaires d'assurance maladie des trois départements et résultant des dispositions du décret du 12 juin 1946.

Les pouvoirs publics ayant autorisé l'engagement d'une réforme des structures de gestion du régime local d'assurance maladie, le rapport de M. Baltenweck *(V. supra n°*[*6*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN6)*)* avait suggéré la création d'une instance régionale de gestion du régime local dotée d'un conseil d'administration et qui aurait en charge l'équilibre financier du régime. Des blocages, tant au niveau du pouvoir central pour qui la question paraissait secondaire face aux graves difficultés que rencontraient les différents régimes de la sécurité sociale à l'époque, qu'au niveau des partenaires sociaux locaux qui s'interrogeaient sur l'opportunité de créer une instance de gestion et sur la composition du futur organisme gestionnaire, ont freiné la mise en place de cette instance.

Finalement, deux amendements introduits par M. le Député Germain Gengenwin lors de la discussion à l'Assemblée nationale du projet de loi relative à la sécurité sociale, ont été adoptés et sont devenus les articles 39 et 40 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 *(JO 27 juill. 1994, p. 10821)*. L'article 39 modifie l'article L. 181-1 du Code de la sécurité sociale en précisant que *« des décrets déterminent, en ce qui concerne l'organisation générale de la sécurité sociale, le contentieux de la sécurité sociale et les assurances sociales, les attributions, les compétences, la composition et les modalités de désignation du conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (…) »*.

C'est le décret n° 95-349 du 31 mars 1995 *(JO 2 avr. 1995)* relatif au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle qui instaure le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local et prévoit sa composition et ses attributions *(V. infra n°*[*98*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN98)*)*. Sont également précisées dans ce décret les prestations prises en charge par le régime local, les dispositions relatives à la gestion du risque maladie maternité et des fonds du régime local ainsi que les règles relatives à l'équilibre financier du régime local.

Le conseil d'administration de la nouvelle instance de gestion du régime local a été installé le 8 juin 1995 ; le siège est à Strasbourg.

8. – **La modernisation du régime local d'assurance maladie. –**Le processus de consolidation du régime local d'assurance maladie, entamé par la loi de 1991 assurant sa pérennisation et par la création d'une instance de gestion autonome en 1995, a abouti en 1998 avec la loi n° 98-278 du 14 avril relative au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle *(JO 16 avr. 1998, p. 5847 s.)*. Cette loi, dont l'objectif premier était de clarifier le droit local de la sécurité sociale tant en matière d'assurance maladie qu'en matière d'assurance invalidité, accidents du travail et assurance vieillesse, a aussi précisé la question des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie qui, jusqu'alors, reposait sur le principe de territorialité pour le rattachement aux caisses de sécurité sociale et, ce faisant, ne prenait pas en compte les personnes qui avaient cotisé au régime local d'assurance maladie pendant leur vie active et qui quittaient l'Alsace-Moselle au moment de leur retraite pour s'établir dans un autre département. La loi du 14 avril 1998 règle cette question en procédant à une énumération des assurés sociaux du régime général des salariés à qui le régime local est applicable en intégrant, sous condition, les retraités exclus jusqu'alors tout en leur réservant un droit d'option. La loi du 14 avril 1998, véritable tournant législatif dans le parcours du régime local d'assurance maladie, est entrée en vigueur le 1er juillet 1998.

9. – Des difficultés d'application de la loi du 14 avril 1998, en particulier relatives à la situation des retraités depuis le 1er juillet 1998 qui ne totalisaient pas le nombre de trimestres exigé antérieurement à leur cessation d'activité mais qui avaient tout de même cotisé au régime local pendant de nombreuses années au cours de leur vie active, et à la situation des retraités anciens travailleurs frontaliers, ont amené certains députés à déposer des propositions au cours de la période 2000-2001 *(V. proposition de loi n° 2503 de M. le Député Yves Bur déposée le 22 juin 2000, élargissant le bénéfice du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. – Proposition de loi n° 1707 de M. le Député Gilbert Meyer déposée le 16 juin 1999, élargissant à certaines catégories de retraités les dispositions particulières du Code de la sécurité sociale applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. – Proposition de loi n° 2651 de Mme le Député Marie-Jo Zimmermann déposée le 18 octobre 2000, élargissant le bénéfice du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle à plusieurs catégories de retraités, ainsi qu'aux travailleurs frontaliers retraités)*.

Un *memorandum* intitulé « Bilan et perspectives du régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle après la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 et ses décrets d'application » a été réalisé en novembre 1999 par le député Armand Jung à l'attention de Madame la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et a permis de dresser un état des lieux et d'entrevoir des pistes de réflexion. Dans le même temps, l'Institut du droit local a mis sur pied un groupe de travail composé des principaux intéressés et responsables du régime local d'assurance maladie et dont les travaux ont débouché sur un rapport établi en novembre 2000 par le secrétaire général de l'IDL, Eric Sander, intitulé *« Étude des perspectives d'aménagement de certaines dispositions de la loi n° 98-178 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ».*

Les principales propositions de ce rapport ont été reprises sous la forme d'amendements parlementaires défendus par l'ensemble des parlementaires d'Alsace-Moselle. Ces amendements ont été examinés dans le cadre de la discussion du projet de loi de modernisation sociale adopté définitivement en décembre 2001.

10. – L'article 36 de la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *(JO 18 janv. 2002, p. 1008)* assouplit les conditions d'ouverture des droits au régime local d'assurance maladie pour les retraités titulaires d'un avantage de vieillesse depuis le 1er juillet 1998, étend le régime local aux anciens salariés frontaliers retraités et prévoit plusieurs mesures transitoires nécessaires à l'application des nouvelles dispositions.

Dix ans après, la loi n° 2012-355 du 14 mars 2012 relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité *(JO 15 mars 2012)* a, d'une part, consacré la fusion de la caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV) et de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) en vue d'instituer une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) d'Alsace-Moselle, et, d'autre part, modifié le 1° du II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale relatif à la catégorie des salariés relevant du régime local *(V. infra n°*[*73*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73)*)*.

11. – **Caractéristiques du régime local d'assurance maladie. –**Le régime local d'assurance maladie représente aujourd'hui une des « valeurs sûres » du droit local alsacien mosellan. Un temps menacé, comme beaucoup d'autres domaines significatifs de ce droit spécifique, il a réussi a contré les attaques et s'est modernisé de manière à ce que sa légitimité ne soit plus remise en cause. Doté d'un outil de gestion performant depuis la création de l'instance régionale de gestion, créée en 1995, le régime local d'assurance maladie s'attache maintenant à tenir le cap tout en subissant les contrecoups de l'évolution du régime général. L'accès à la réglementation est plus aisé puisque l'essentiel des lois et décrets concernant le régime local d'assurance maladie figure dans le Code de la sécurité sociale. L'article L. 181-1 dudit code, dans sa nouvelle version issue de l'article 1er de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998, définit le champ d'application des différents régimes locaux. Concernant le régime local d'assurance maladie, il faut se référer aux articles L. 242-13, L. 325-1 à L. 325-3, ainsi qu'aux articles R. 325-2 à R. 325-4, D. 325-1 à D. 325-20 du Code de la sécurité sociale et D. 242-20 à D. 242-27.

12. – **Un régime obligatoire et complémentaire. –**Le régime local d'assurance maladie présente deux caractéristiques importantes puisqu'il s'agit d'un régime obligatoire d'une part et d'un régime complémentaire d'autre part. En effet, le fait de relever du régime local ne résulte pas d'un choix pour le bénéficiaire mais d'une obligation qui s'impose à lui dans la mesure où les conditions d'affiliation fixées par la loi sont remplies. Le caractère obligatoire du régime local entraîne l'impossibilité d'y adhérer volontairement ou de s'y soustraire.

Bien que géré de façon autonome ce régime local est un régime complémentaire du régime général. En effet, l'affiliation au régime général, telle que prévue au Code de la sécurité sociale, par les articles L. 311-2 et suivants, est préalable au bénéfice du régime local. Ainsi le régime local d'assurance maladie intervient à titre complémentaire pour toutes les prestations légales en nature de l'assurance maladie prises en charge par le régime général. Aucune prestation du régime local d'assurance maladie ne peut être accordée en l'absence de la prestation initiale attribuée au titre du régime général.

Le caractère complémentaire du régime local d'assurance maladie explique par ailleurs le fait qu'en Alsace-Moselle le pourcentage des bénéficiaires du régime local qui s'affilient à une mutuelle complémentaire est nettement plus faible que celui des bénéficiaires du seul régime général. Cependant, cette situation risque de changer avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi *(JO 16 juin 2013, p. 9958),* qui a transposé l'accord interprofessionnel du 11 janvier 2013, et prévoit dans son article 1er la généralisation d'une couverture collective à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident à compter du 1er janvier 2016. Cette disposition applicable en Alsace-Moselle pose le problème de l'articulation du régime local d'assurance maladie avec la généralisation des complémentaires santé issue de la loi du 14 juin 2013. En effet, les couvertures complémentaires santé collectives imposées par la loi de 2013 sont conclues avec des institutions de prévoyance, des mutuelles ou des assureurs. Leur financement, à la différence du régime local d'assurance maladie, est pris en charge au moins pour moitié par l'employeur. L'article 3 de la loi du 14 juin 2013 prévoyait la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'articulation entre la généralisation d'une complémentaire santé pour tous les salariés et le régime local d'assurance maladie, afin d'étudier la possibilité d'une évolution de ce dernier. Ce rapport a été transmis au Parlement dans le courant de l'été 2014 *(V. rép. à question écrite de M. le député É. Straumann : JOAN Q 3 mars 2015, p. 1495)*. La question du devenir du régime local d'assurance maladie se pose clairement face à la systématisation des complémentaires santé obligatoires instaurées par la loi du 14 juin 2013. Par décrets du 2 juillet 2015 *(JO 3 juill. 2015),* quatre parlementaires, Patricia Schillinger, André Reichardt, Philippe Bies et Denis Jacquat, ont été chargés d'une mission temporaire « ayant pour objet le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle ». L'enjeu de cette mission est l'articulation du régime local d'assurance maladie, de ses prestations et de son financement, avec les complémentaires santé. Remis au Premier ministre le 17 décembre 2015, le rapport conclut au *statu quo* en raison de l'existence de risques constitutionnels importants en cas de modifications du régime local. Un amendement déposé dans le cadre du projet de loi *« Modernisation du système de santé »* a été adopté définitivement à l'Assemblée nationale mi-décembre 2015. Il repousse de six mois, soit au 1er juillet 2016, l'entrée en vigueur de l'obligation de souscrire, pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie, une couverture complémentaire santé collective (V. *L. n° 2016-41, 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 197* : *JO 27 janv. 2016).*

13. – **Le régime local en tant qu'outil de solidarité. –**Le régime local d'assurance maladie concerne actuellement 2,5 millions de bénéficiaires, dont 1,6 million de cotisants, salariés et retraités d'Alsace et de Moselle. Ce sont ces assurés sociaux qui financent le régime local par le biais d'une cotisation prélevée sur leurs salaires, revenus de remplacement ou pensions de retraites. Le régime local d'assurance maladie est ainsi un véritable outil de **solidarité** entre bien portants et malades, salariés et chômeurs, actifs et retraités, son but est de maintenir l'accès à des soins de qualité pour tous, en dépit des contraintes économiques et sociales. Il couvre plus de 80 % de la population d'Alsace-Moselle.

14. – **Régime local complémentaire des assurés des professions agricoles et forestières. –**Le Code des assurances sociales de 1911 comprenait l'ensemble des dispositions d'ordre social et plus particulièrement tout ce qui touche au domaine des assurances sociales, y compris le régime spécifique des professions agricoles et forestières. En 1951, la loi n° 51-696 du 24 mai *(JO 5 juin 1951)* est venue instituer un régime transitoire d'assurances sociales et d'accidents du travail agricoles en Alsace-Moselle, suivie en 1954 du décret n° 54-1229 du 6 décembre *(JO 29 déc. 1954)* relatif au fonctionnement et au financement du régime des assurances sociales agricoles en Alsace-Moselle. Actuellement, la majeure partie des dispositions relatives aux assurances sociales des salariés agricoles des trois départements de l'Est se trouve dans le Code rural et de la pêche maritime, dans un chapitre spécifique. Le régime d'assurance maladie agricole est financé par une double cotisation, l'une à la charge du salarié et l'autre à la charge de l'employeur. Les prestations du régime local d'assurance maladie s'appliquent de façon identique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles. Une instance de gestion du régime local d'assurance maladie des assurés des professions agricoles et forestières d'Alsace-Moselle a été créée en 1999 par la loi n° 99-1125 du 28 décembre *(JO 29 déc. 1999, p. 19584)*.

15. – Le présent fascicule traite uniquement du régime local d'assurance maladie (pour le régime local d'assurance maladie des professions agricoles et forestières *V. JCl. Alsace-Moselle, Fasc. 652-1*).

Comme rappelé ci-dessus le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle a connu de nombreuses mutations ces dernières années, afin de pouvoir présenter une étude d'ensemble du contenu actuel de ce régime il conviendra d'examiner en premier lieu la question de la délimitation de ses **bénéficiaires** ([I](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#DIV1JC1)), pour s'interroger ensuite sur les **prestations** servies ([II](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#DIV1JC2)), le mode de **financement** ([III](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#DIV1JC3)) et la **gestion** ([IV](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#DIV1JC4)) dudit régime.

I. – LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE

16. – Jusqu'à la parution de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998, le régime local d'assurance maladie avait une base territoriale strictement limitée aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Seuls les assurés sociaux résidant dans un de ces trois départements ou qui, sans y résider travaillaient pour une entreprise y ayant son siège social, pouvaient bénéficier du régime local. Suite aux problèmes causés par les revendications des retraités « hors région », la nécessité de définir de façon claire et exhaustive la liste de toutes les catégories d'assurés sociaux relevant du régime local d'assurance maladie s'est faite de plus en plus pressante. C'est l'objet essentiel de la loi du 14 avril 1998 qui, dans son article 4, et sur la base des propositions du conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local, énumère onze catégories d'assurés sociaux. Cette liste figure à l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale, dans un chapitre consacré aux dispositions particulières aux trois départements de l'Est.

17. – **Condition préalable : être assuré social du régime général des salariés. –**L'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale déclare le régime local d'assurance maladie applicable aux *« catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés »* mentionnés du 1° au 11° de l'article. Il s'agit donc des assurés sociaux tels que définis à l'article L. 311-2 du Code de la sécurité sociale en vertu duquel *« Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat »*. L'article L. 311-2 impose l'exigence d'un lien de dépendance ou de subordination juridique, d'une rémunération et d'une convention (contrat), ce qui distingue le travailleur dépendant (seul assuré social du régime général) du travailleur indépendant. Ainsi les exploitants à titre individuel ou à leur compte, les professions libérales, toutes les activités professionnelles indépendantes ne relèvent pas du régime général des salariés.

L'assujettissement au régime général peut également résulter de l'application de l'article L. 311-3 du Code de la sécurité sociale qui énumère un certain nombre de catégories assimilées par la loi à des travailleurs salariés (par exemple les travailleurs à domicile, les VRP, les employés d'hôtel, café ou restaurant, les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels, les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transport fixés par l'autorité publique, les ouvreuses de théâtre, cinémas et autres établissements de spectacles, les personnes assurant habituellement à leur domicile la garde et l'entretien d'enfants, les artistes du spectacle et les mannequins, les avocats salariés, etc.), ainsi que de l'application des articles L. 311-4 à L. 311-11 (salariés liés par un contrat de travail temporaire, demandeurs d'emploi, stagiaires de la formation professionnelle, conjoint d'un travailleur non salarié qui participe effectivement à l'entreprise ou à l'activité de son époux à titre professionnel et habituel, travailleurs étrangers, etc.).

Enfin, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 *(JO 28 juill. 1999, p. 11229)* relative à la couverture maladie universelle (CMU) instaure un mécanisme d'affiliation au régime général pour « les personnes dont les revenus sont les plus faibles », qui repose sur un double critère de résidence et de ressources et non plus sur le critère d'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle. En vertu de cette loi, toute personne résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis plus de trois mois et dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond est obligatoirement affiliée au régime général d'assurance maladie. En Alsace-Moselle les personnes titulaires de la CMU de base, qui assure une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, n'ont aucun droit à bénéficier du régime local d'assurance maladie. Par contre, pour les personnes qui bénéficient de la CMU complémentaire, il n'y a aucune incidence sur le droit au régime local d'assurance maladie si elles rentrent par ailleurs dans l'une des onze catégories de bénéficiaires du régime local énumérées dans l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale.

18. – À côté du régime général des salariés existent d'autres régimes légaux, autres que le régime général, à savoir les **régimes spéciaux** des salariés non agricoles et le régime agricole. Parmi ces régimes spéciaux se trouvent le régime des mines, le régime de la SNCF, le régime des industries électriques et gazières, les régimes des fonctionnaires et ouvriers de l'État, ainsi que d'autres régimes spéciaux tels que celui de la RATP (Régie autonome des transports parisiens), de l'Établissement national des invalides de la marine, de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et de la Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (CAMAC) et Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes (CAMAVIC).

19. – Les **fonctionnaires** en activité dès leur entrée en fonction en qualité de **titulaires**, selon l'article D. 712-1 du Code de la sécurité sociale, bénéficient d'un régime de protection sociale et médicale qui dispose d'un tronc commun avec celui des salariés mais qui s'en sépare aussi sur de nombreux aspects (accidents de service, maladies professionnelles et pensions d'invalidité). Au titre du régime général, en cas de maladie, les fonctionnaires bénéficient des prestations en nature des assurances sociales qui sont au moins égales à celles du régime de l'assurance maladie. Ces prestations sont servies par des sections locales, créées à l'initiative des mutuelles ou de sections de mutuelles constituées entre fonctionnaires ou des unions ou sections d'unions de telles mutuelles, qui liquident et règlent les prestations pour le compte des caisses primaires au moyen d'avances renouvelables qui leur sont accordées par lesdites caisses.

Ainsi, les fonctionnaires d'État ou des collectivités locales qui sont titulaires, et les fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière, en poste dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin ou la Moselle ne peuvent rentrer dans la catégorie des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie puisqu'ils ne sont pas considérés comme relevant du régime général des salariés mais d'un régime spécial.

20. – Le régime local d'assurance maladie étant applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés dans l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale, cela implique donc qu'au préalable ces assurés soient **affiliés au régime général**. Basée sur une solidarité régionale le régime local complémentaire ne couvre que les personnes obligatoirement assujetties et affiliées au régime général des salariés, le régime local n'admet pas d'entrée volontaire dans le système.

Les bénéficiaires du régime local d'assurance maladie peuvent être regroupés en quatre grandes catégories à savoir : les salariés (A), les titulaires de revenus de remplacement (B), les retraités (C) et les ayants droits (D). La loi du 14 avril 1998 dont l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale est issu, met fin au principe de territorialité retenu jusqu'alors comme élément fondamental pour le bénéfice du régime local d'assurance maladie.

**A. – Les salariés**

21. – Cette catégorie comprend toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle en tant que salarié et qui participent au financement du régime local par le versement d'une cotisation. L'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale distingue différentes catégories de salariés en fonction du lieu de situation du siège social de l'employeur, de la nature juridique de l'employeur ou du motif de cessation de l'activité salariée (temporaire ou permanente). Par contre, le lieu de résidence du salarié ne joue pas de rôle en matière d'ouverture des droits aux prestations légales complémentaires servies par le régime local d'assurance maladie. D'après une étude statistique *(source : CNAMTS, sept. 2011),* la très grande partie des bénéficiaires du régime local (93 %) réside dans les trois départements d'Alsace-Moselle.

Concernant la catégorie des salariés relevant du régime local d'assurance maladie, une modification de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale est intervenue en 2012 *(V. infra n°*[*73*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN73)*)*.

22. – **Salariés concernés : situation jusqu'au 31 mars 2012. –**Jusqu'au premier avril 2012 (date d'entrée en vigueur de la nouvelle version de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale), la catégorie de salariés concernés était relativement vaste puisque relevaient du régime local *« Les salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements »*.

**1° Siège social de l'entreprise en Alsace-Moselle**

**a) Salariés travaillant en Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège social en Alsace-Moselle**

23. – Il s'agit du cas de figure le plus simple puisque tant au niveau du salarié qu'au niveau de l'employeur il existait un rattachement territorial à l'Alsace-Moselle. L'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à 2012 formalise le principe selon lequel le régime local d'assurance maladie repose en premier lieu sur une solidarité liée à l'exercice d'une activité professionnelle en Alsace-Moselle. Le lieu de résidence du salarié importe peu pour pouvoir prétendre au bénéfice des prestations du régime local. Par contre, le lieu de résidence du salarié est pris en compte pour l'affiliation à une caisse primaire d'assurance maladie.

24. – **La notion d'entreprise. –**L'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale évoquait le siège social de l'**« entreprise »** et non de l'employeur. La question de savoir comment définir cette notion d'entreprise s'est posée. En effet, une interprétation littérale et restrictive conduisait à écarter les salariés dont l'employeur est un particulier, personne physique, du bénéfice des prestations du régime local. L'analyse des travaux préparatoires de la loi du 14 avril 1998 ne permettait pas d'expliquer la raison pour laquelle seuls les salariés dont l'employeur est une entreprise relèvaient du régime local. Par ailleurs, il n'était guère possible de raisonner par analogie avec le droit général puisque l'article L. 311-2 du Code de la sécurité sociale relatif aux salariés obligatoirement affiliés aux assurances sociales du régime général vise les salariés travaillant *« pour un ou plusieurs employeurs »*. Avec le développement des emplois dans le secteur d'aide aux personnes âgées ou dépendantes et la création de contrats et de modes de rémunération simplifiés, comme le chèque emploi-service, la question n'était pas anodine dans un secteur où les employeurs sont, en grande majorité, des particuliers, personnes physiques.

Il convient d'interpréter le terme « entreprise » dans le sens « employeur », de façon à englober toutes les personnes morales de droit privé (sociétés commerciales ou civiles, associations, fondations, etc.) les employeurs exerçant leur activité à titre indépendant (professions libérales, artisans, agriculteurs etc.) ainsi que toutes les personnes physiques, employeurs en tant que simples particuliers. Rien ne justifie en effet d'écarter les salariés dont l'employeur est un particulier du bénéfice du régime local d'assurance maladie. Ces employeurs doivent également prélever sur les salaires qu'ils versent la cotisation supplémentaire du régime local.

25. – **Situation des salariés rémunérés par « chèque emploi-service ». –**Les particuliers employeurs pouvaient utiliser le chèque emploi-service pour rémunérer des emplois aux particuliers consistant en des tâches ménagères ou familiales, des gardes d'enfants, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ou à celles qui nécessitent une aide personnelle à leur domicile. En ce qui concerne les cotisations sociales, dont la cotisation au régime d'assurance maladie, le particulier employeur devait remplir un volet social figurant dans le chéquier emploi-service, et le transmettre au Centre national de traitement du chèque emploi-service à l'URSSAF de St Etienne qui assurait le calcul et l'encaissement des cotisations sociales et avertir l'employeur du montant des cotisations prélevé sur son compte, par un relevé expédié à son domicile *(C. trav., art. D. 129-3 ancien)*.

À compter de 2006 le « Chèque emploi service universel » (Cesu) est entré en vigueur *(L. n° 2005-841, 26 juill. 2005 : JO 27 juill. 2005)*. Il s'agit d'une offre proposée aux particuliers pour leur faciliter l'accès à l'ensemble des services à la personne *(V. C. trav., art. L. 1271-1 s.)*. C'est le centre national du Chèque emploi-service universel qui effectue le calcul et le prélèvement des cotisations après l'adhésion par l'employeur par Internet, auprès de sa banque ou de son URSSAF. Ainsi, en toute logique, pour les salariés de particuliers employeurs résidant en Alsace-Moselle, la cotisation supplémentaire au régime local d'assurance maladie devrait être prélevée, garantissant ainsi aux salariés rémunérés par chèque emploi-service universel travaillant en Alsace-Moselle, le bénéfice des prestations du régime local d'assurance maladie.

**b) Salariés travaillant hors Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège en Alsace-Moselle**

26. – L'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure à 2012, prévoyait également que les salariés qui travaillent en dehors des trois départements de l'Est relèvent du régime local d'assurance maladie si leur employeur a son **siège social implanté en Alsace ou en Moselle**. Ce faisant, l'article du code ne faisait que reprendre le principe de territorialité tel que rappelé en 1946 et le principe selon lequel le régime local repose sur une solidarité liée à l'exercice d'une activité professionnelle par l'employeur en Alsace-Moselle. En effet, l'employeur occupe une position centrale dans le mécanisme de financement de la sécurité sociale, puisque c'est à lui qu'incombe le versement de la cotisation supplémentaire à l'URSSAF par précompte sur les rémunérations des salariés.

27. – **Absence de contacts des salariés avec la région Alsace-Moselle. –**En pratique, l'application de la règle d'affiliation au régime local d'assurance maladie des salariés travaillant hors Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège social en Alsace-Moselle, a posé problème. En effet, ces salariés n'avaient souvent aucun lien juridique, social ou personnel avec l'Alsace-Moselle, ils exerçaient simplement leur activité par détachement d'une entreprise ayant son siège en Alsace ou en Moselle. Par ailleurs, ils disposaient déjà, la plupart du temps, d'une couverture sociale complémentaire. C'est pourquoi cette règle d'affiliation n'a jamais été appliquée en l'état car elle aurait comme conséquence de faire relever du régime local d'assurance maladie des personnes qui n'ont aucun contact avec la région. L'interprétation littérale de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale permettait de retenir comme critère d'affiliation des salariés au régime local, l'implantation en Alsace-Moselle du siège social de l'employeur, quels que soient l'implantation de l'établissement qui les emploie ou le lieu de l'exercice de leur activité professionnelle. Depuis mars 2002, la position retenue par l'Instance de gestion du régime local était autre : pour elle, seuls les salariés isolés relevant directement des sièges sociaux, à l'exclusion de ceux qui travaillent au sein d'établissements implantés à l'extérieur des trois départements, étaient affiliés au régime local. C'est d'ailleurs cette interprétation qui a été retenue et diffusée auprès des URSSAF et qui est effectivement plus conforme aux règles de rattachement des salariés qui visent l'établissement et non l'entreprise pour le versement des cotisations *(V. Lettre collective n° 2002-47, Agence centrale des organismes de sécurité sociale, 27 mars 2002)*.

L'instance régionale de gestion du régime local avait, lors de son conseil d'administration en date du 11 juillet 2006, formulé des propositions d'adaptation des textes régissant le régime local. Il était proposé en particulier de supprimer l'extension du régime local aux salariés qui travaillent hors Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège social en Alsace-Moselle en raison de son caractère économiquement irréaliste. Cette remise à niveau du dispositif législatif (à savoir la modification de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale) a été réalisée par la loi du 14 mars 2012 relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité.

**2° Siège social de l'entreprise hors Alsace-Moselle**

28. – L'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure à 2012, prévoyait *in fine* que relèvent également du régime local d'assurance maladie les salariés qui travaillent en Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son **siège social hors des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle**. Ce cas de figure, repris dans la loi du 14 avril 1998, avait posé quelques problèmes d'application avant que l'Instance de gestion du régime local n'en précise les contours. Saisie à plusieurs reprises par des assurés sociaux sur sa position à l'égard des salariés dont le lieu de travail et de résidence se situent en Alsace-Moselle mais dont l'employeur a son siège hors des trois départements, l'Instance de gestion du régime local avait d'abord considéré qu'en vertu de la circulaire ministérielle n° 85-SS du 9 juin 1952 *(Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, Textes officiels, non parue au JO : Serv. Doc. IDL)* relative aux problèmes posés par l'application des articles 4, 20 et 21 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, ces salariés, pour être affiliés au régime local d'assurance maladie devaient dépendre d'un établissement distinct du siège social et implanté dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin ou la Moselle, être rémunérés par cette entité juridique et exercer leur activité en Alsace-Moselle. Les juridictions saisies de recours sur ce point faisaient également leur cette position, ainsi la cour d'appel de Metz a considéré qu'un salarié employé sur le site de la centrale nucléaire de Cattenom en Moselle par la société SNC IPEDEX dont le siège se situait à Paris et qui était exclusivement affiliée à l'URSSAF de Paris, ne pouvait relever du régime local d'assurance maladie car il n'existait aucun établissement distinct de la société en Moselle *(CA Metz, 17 déc. 2002, n° 01/03108, M. Calme c/ Sté Ipedex et CRAV Alsace-Moselle : JurisData n° 2002-211537 ; Serv. Doc. IDL)*.

Cette position de l'Instance de gestion a rapidement posé problème dans la mesure où elle faisait prévaloir, d'une part, une circulaire sur une loi et d'autre part, elle allait au-delà de la lettre de la loi du 14 avril 1998 qui n'impose aucunement l'existence d'un établissement en Alsace-Moselle pour pouvoir affilier au régime local les salariés qui travaillent en Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements.

Saisie à de nombreuses reprises de demandes d'affiliation au régime local d'assurance maladie par des salariés travaillant en Alsace-Moselle pour des entreprises dont le siège social est fixé en dehors de cette région, l'Instance de gestion du régime local a rectifié sa position. En effet, la plupart de ces salariés avaient toujours vécu et travaillé en Alsace-Moselle, ils étaient donc affiliés au régime local d'assurance maladie, et du fait d'un changement d'employeur et de siège social, ils se retrouvaient subitement affiliés au régime général alors que rien n'avait changé dans leur situation personnelle, du simple fait que leur employeur avait son siège social en dehors des trois départements de l'Est. Par la suite, et tel que cela résultait de la Lettre collective n° 2002-047 de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Direction de la Réglementation du Recouvrement et du Service (DIRRES)), qui précisait les modalités d'application de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998, les salariés qui travaillaient de façon permanente dans l'un des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle pour une entreprise ayant son siège hors des trois départements relevaient du régime local d'assurance maladie tel que le prévoyait l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale, indépendamment du fait qu'il existait ou non un établissement ou une agence sur le territoire de l'Alsace-Moselle. Cette solution confirme que les règles selon lesquelles le taux des cotisations applicable est déterminé en fonction du lieu de travail de l'intéressé, restent applicables. Seul le personnel itinérant restait rattaché au siège de l'entreprise en application de la circulaire n° 85 SS du 9 juin 1952 *(V. supra n°*[*28*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN28)*, préc.)*. Pour les salariés travaillant en Alsace-Moselle, quel que soit le lieu du siège de l'employeur, le taux de cotisation applicable est celui du régime local d'assurance maladie.

**3° Salariés concernés à compter du 1er avril 2012**

29. – À compter du 1er avril 2012 relèvent du régime local, selon le nouvel article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale, les *« salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et les salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements »*. La nouvelle rédaction de l'article permet de constater que l'intention du législateur était d'une part, de remédier aux situations problématiques créées par l'ancienne version et d'autre part, de privilégier le critère du lieu d'exercice de l'activité du salarié.

**a) Lieu d'exercice de l'activité du salarié en Alsace-Moselle : critère principal**

30. – Tout salarié qui exerce son activité professionnelle dans l'un des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle relève du régime local d'assurance maladie à cette seule condition. Le lieu du siège social de l'employeur importe peu et n'est plus une condition à vérifier. Que l'entreprise ait son siège en Alsace-Moselle ou hors Alsace-Moselle, qu'il y ait ou non un établissement distinct ou une agence ou succursale en Alsace-Moselle, le salarié relèvera du régime local s'il exerce **son activité en Alsace-Moselle. L'exercice d'une activité dans les trois départements est à comprendre comme visant l'activité professionnelle salariée, à savoir le lieu d'accomplissement effectif de sa prestation de travail par le salarié.**

31. – **Cas particuliers. –**Le domicile du salarié importe peu, sauf dans les hypothèses où domicile et lieu de travail se confondent. Ainsi les salariés domiciliés en Alsace ou en Moselle qui relèvent du statut de travailleur à domicile (régi par les articles L. 7411-1 et suivants du Code du travail) sont bénéficiaires du régime local d'assurance maladie. En général le contrat de travail de ces salariés précise que le lieu de travail est le domicile du salarié. Relèvent également du régime local d'assurance maladie les salariés qui exercent leur activité en télétravail en Alsace-Moselle, à leur domicile ou dans un centre de télétravail situé en Alsace-Moselle. Le télétravail est une *« forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication »* *(V. C. trav., art. L. 1222-9)*. Dans le même ordre d'idées, les salariés dont l'employeur est une entreprise de portage salarial (telle que définie à l'article L. 1251-64 du Code du travail) relèveront du régime local d'assurance maladie à partir du moment où l'entreprise cliente où le salarié « porté » exécute sa prestation de travail, est située dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin ou la Moselle. Par contre, la rémunération du salarié « porté » étant à la charge de la société de portage salarial et non à celle de l'entreprise cliente, le précompte de la cotisation supplémentaire au régime local est effectué par l'entreprise de portage salarial, quel que soit le lieu d'implantation de son siège.

32. – **Question en suspens. –**Selon la nouvelle rédaction de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale sont affiliés au régime local les salariés qui exercent *« une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle »*. Cette rédaction pose la question du salarié qui a un secteur géographique d'activité comprenant les trois départements de l'Est ainsi que d'autres départements. La condition requise d'exercer une activité en Alsace-Moselle étant réunie, doit-on considérer que le salarié relève du régime local même si son activité professionnelle en Alsace-Moselle est minoritaire par rapport à celle exercée hors de ces trois départements ? La question n'a pas été tranchée pour l'instant. Une solution serait de recourir à la notion de « lieu d'exercice principal de l'activité du salarié » utilisée en droit du travail pour définir le champ d'application des règles de droit local du travail *(V. JCl. Alsace-Moselle, Fasc. 660, n° 21)*.

**b) Lieu d'exercice de l'activité du salarié hors Alsace-Moselle : rattachement au régime local sous certaines conditions**

33. – Selon l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale les salariés qui exercent leur activité hors Alsace-Moselle relèveront du régime local à la double condition restrictive d'avoir une activité itinérante et de travailler pour un établissement implanté dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle. Dans la version antérieure de cet article les salariés d'une entreprise ayant son siège social en Alsace-Moselle relevaient du régime local quel que soit leur lieu de travail en France ou dans les DOM. Il n'existait pas de conditions particulières liées aux modalités d'exercice de l'activité du salarié.

34. – **Activité itinérante du salarié hors Alsace-Moselle. –**La notion d'activité itinérante a été introduite dans l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale en 2012, elle n'y est cependant pas définie, de même, aucune définition précise n'existe dans le Code du travail. Plusieurs interrogations surviennent relatives au type de salariés concernés (limitation aux représentants de commerce ou prise en compte de toute activité professionnelle itinérante), au type de contrat de travail, au caractère temporaire ou permanent de l'activité itinérante. *A priori*, la notion d'activité itinérante comprendrait toute activité professionnelle supposant d'une part des déplacements fréquents, voire constants, du salarié dans l'exécution de sa prestation de service et d'autre part l'absence de lieu de travail fixe. Les salariés exerçant leur activité hors Alsace-Moselle dans un lieu fixe ne relèvent plus du régime local, même s'ils sont salariés d'un établissement implanté en Alsace-Moselle.

Ne sont pas considérés comme des salariés ayant une activité itinérante les salariés titulaires d'un contrat de travail temporaire dont l'employeur est une agence de travail temporaire implantée en Alsace-Moselle, s'ils effectuent des remplacements ou des missions hors Alsace-Moselle. La même solution peut être retenue pour les salariés titulaires de contrat de mise à disposition (contrat entre une entreprise de travail temporaire et une entreprise utilisatrice). Le salarié mis à disposition d'une entreprise située hors Alsace-Moselle n'est pas considéré comme ayant une activité itinérante au sens de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale.

35. – **Établissement implanté dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle. –**Pour relever du régime local d'assurance maladie les salariés exerçant une activité itinérante hors des trois départements de l'Est doivent être des salariés d'un établissement implanté dans ces départements. Il n'est plus nécessaire que le siège social de l'entreprise soit situé en Alsace-Moselle (comme cela était le cas dans l'ancienne version de l'article L. 325-1, II, 1°), il suffit qu'un établissement y soit implanté. Il faut donc pour cela que l'établissement puisse être identifié, c'est-à-dire qu'il soit immatriculé aux organismes sociaux (URSSAF) et qu'il dispose d'un numéro SIRET.

De même, si un salarié exerce une activité itinérante hors Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège social en Alsace-Moselle, il ne bénéficiera pas du régime local d'assurance maladie s'il existe un établissement de l'entreprise implanté dans le ressort géographique de son champ d'activité.

**c) Entrée en vigueur des nouvelles dispositions et salariés concernés**

36. – La loi n° 2012-355 du 14 mars 2012 prévoit que les nouvelles dispositions de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale entrent en vigueur au 1er avril 2012 : ainsi tous les salariés embauchés à compter de cette date doivent remplir les conditions fixées par cet article pour relever du régime local d'assurance maladie.

Pour la catégorie de salariés qui relevaient du régime local au 31 mars 2012 mais qui ne remplissent plus les nouvelles conditions, la loi du 14 mars 2012 *(L. n° 2012-355, 14 mars 2012, art. 1er, III)* leur conserve le bénéfice du régime local *« pour la durée pendant laquelle ils remplissent les conditions d'ouverture des droits prévues par la législation en vigueur à cette même date »*, c'est-à-dire les conditions de l'ancien article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale. Sont essentiellement visés par cette mesure dérogatoire les salariés embauchés avant le 1er avril 2012 qui travaillent hors Alsace-Moselle, mais sans avoir une activité itinérante, pour une entreprise ayant son siège en Alsace-Moselle et qui ont été affiliés au régime local.

**4° Cas particuliers**

37. – L'article L. 325-1, II, du Code de la sécurité sociale inclut dans la liste des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie trois catégories spécifiques de salariés.

**a) Les salariés visés à l'article L. 325-1, II, 2° du Code de la sécurité sociale**

38. – Relèvent également du régime local d'assurance maladie les catégories suivantes : les maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, les agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics administratifs, les agents contractuels de La Poste et de France Télécom, les agents non-titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Toutes ces personnes sont affiliées au régime local et bénéficient des prestations qu'il sert, à condition toutefois d'exercer leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle.

**b) Les salariés visés à l'article L. 325-1, II, 3° du Code de la sécurité sociale**

39. – Il s'agit des salariés du **Port autonome de Strasbourg**. Créé au lendemain de la reconquête de l'Alsace par la France, le Port autonome de Strasbourg succède à l'ancien port municipal, sa constitution résulte d'une convention entre l'État et la Ville de Strasbourg et trouve son originalité dans la nature contractuelle de ses textes constitutifs. Il s'agit d'un établissement public qui a été reconnu comme port fluvial d'intérêt national par un décret du 23 décembre 1983. De plus cet établissement jouit d'une dimension internationale dans le cadre de relations de coopération avec le Port de Kehl.

Le Port autonome de Strasbourg gère, dans sa circonscription strasbourgeoise, un domaine de 1 050 hectares sur lequel sont établis 300 entreprises représentant environ douze mille emplois. Les salariés de l'établissement public relèvent, en vertu de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale, du régime local d'assurance maladie.

**c) Les personnes visées à l'article L. 325-1 II 4° du Code de la sécurité sociale**

40. – Il s'agit des personnes visées aux articles L. 161-1 *(devenu CSS, art. L. 161-1-1)*, L. 161-8 et L. 161-9 du Code de la sécurité sociale quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général.

Cette disposition concerne trois catégories spécifiques de personnes : celles mentionnées aux « 1° à 7° » de l'article L. 351-24 du Code du travail *(devenus C. trav., art. L. 5141-1 et L. 5141-2)*, qui en font préalablement la demande *« et bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise »*, et qui continuent à être affiliées pendant les premiers mois de leur nouvelle activité au régime d'assurances sociales et de prestations familiales dont elles relevaient au titre de leur dernière activité ; celles qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, et qui bénéficient à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès *« pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces »* *(CSS, art. L. 161-8)* ; et enfin celles qui bénéficient *« du complément de libre choix d'activité 'mentionné à l'article L. 531-4 du Code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du Code du travail [devenu C. trav., art. L. 1225-47 s.] et qui conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'elles bénéficient de ce complément ou de ce congé »*.

**B. – Les titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations chômage, d'allocations de préretraite, de pensions d'invalidité ou de réversion, ou d'une rente d'accident du travail**

**1° Titulaires de revenus de remplacement, allocations et indemnités de chômage**

41. – Selon l'article L. 325-1, II, 5° du Code de la sécurité sociale qui renvoie à l'article L. 311-5 du même code, le régime local d'assurance maladie est applicable aux titulaires de revenus de remplacement (mentionnés à l'article L. 5421-2 du Code du travail), et d'indemnités et d'allocations mentionnées à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer. Cette catégorie comprend en premier lieu les titulaires de revenus de remplacement, indemnités ou allocations de chômage, qui ont bénéficié du régime local en qualité de **salariés** ainsi qu'en deuxième lieu ceux qui ont rempli, en qualité de **travailleurs frontaliers** selon le règlement CEE n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux « associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce » (il faut entendre Pôle Emploi aujourd'hui).

En effet ces personnes conservent la qualité d'assuré et bénéficient du maintien de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie dont elles relevaient antérieurement. Sont également concernées les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement, tant qu'elles recherchent un emploi, celles qui sont bénéficiaires d'allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, ainsi que les personnes qui pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi.

**2° Titulaires d'allocations de préretraite**

42. – Le régime local d'assurance maladie est applicable aux titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et aux titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outremer, à condition que ces titulaires bénéficiaient du régime local d'assurance maladie en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité *(CSS, art. L. 325-1, II, 6°)*.

**3° Titulaires de pensions d'invalidité ou de pensions de réversion**

43. – Font également partie de la catégorie des assurés sociaux du régime général relevant du régime local d'assurance maladie, en vertu de l'article L. 325-1, II, 7° du Code de la sécurité sociale, les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir d'une part les personnes présentant une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, leur capacité de travail ou de gain et les conjoints survivants de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, qui sont eux-mêmes atteints d'une invalidité de nature à leur ouvrir droit à pension d'invalidité. Ces personnes, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les DOM TOM, doivent avoir, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local d'assurance maladie en qualité de salariés ou d'ayants droit.

**4° Titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion**

44. – Les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une rente ou allocation de survivant de victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle mentionnés aux articles L. 371-1 et L. 371-2 du Code de la sécurité sociale, relèvent du régime local d'assurance maladie si, préalablement à la perception de cette rente ou pension, ils ont bénéficié du régime local d'assurance maladie en qualité de salariés ou d'ayants droit. Peu importe à cet égard que leur lieu de résidence soit situé en France métropolitaine ou dans les DOM TOM *(CSS, art. L. 325-1, II, 7°)*.

**C. – Le cas particulier des retraités**

45. – **Les « exclus » du régime local. –**La catégorie des retraités est la catégorie d'assurés qui a posé le plus de problèmes par le passé eu égard à leur affiliation au régime local d'assurance maladie. Le principe de territorialité, qui gouvernait le rattachement des assurés aux caisses de sécurité sociale, aboutissait à l'exclusion du régime local des retraités qui décidaient de transférer leur résidence hors de l'Alsace-Moselle, alors même qu'ils avaient cotisé à ce régime pendant tout ou partie de leur vie active. Cette situation, ressentie comme particulièrement injuste par les intéressés, n'a pas trouvé d'écho dans la jurisprudence malgré l'existence de contentieux de plus en plus nombreux *(Cass. soc., 24 févr. 1994, DRASS de la Région Poitou-Charentes : JCP G 1994, IV, 1081 ; Bull. civ. 1994, V, n° 70 ; RJS 1994, n° 476 ; RJE 1994, n° 2, p. 47. – Cass. soc., 20 févr. 1997, n° 95-19.608, CPAM du Gers c/ Burr : JurisData n° 1997-000816. – CA Dijon, 28 sept. 1994, n° 538/94, M. Bar c/ CPAM Macon, aff. Répertoire général. – CA Versailles, 9 janv. 1996, CPAM des Yvelines c/ M. Payan : Bull. inf. C. cass. n° 431, 1er juin 1996, n° 642)*. De plus en plus médiatisée, cette question sensible a engendré une mobilisation croissante des syndicats de salariés, des élus et des personnes concernées, appuyée par la création de plusieurs associations et collectifs de défense de ceux qui allaient devenir les « exclus » du régime local (on peut citer en exemple l'« ARELAM », Amicale de retraités et préretraités du Régime Local Alsacien-Mosellan, association régie par la loi de 1901 et dont le siège est fixé à Nancy).

Une fois l'instance régionale de gestion du régime local d'assurance maladie créée, cette question délicate fut l'une des premières qui lui fut soumise. L'intervention du législateur étant la seule possibilité de faire évoluer les choses, l'article 4 de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 a inséré un nouvel article L. 325-1 dans le chapitre du Code de la sécurité sociale consacré aux dispositions spécifiques à l'Alsace-Moselle. Le paragraphe II de cet article procède à une énumération des bénéficiaires du régime local dans laquelle il intègre, sous certaines conditions, les retraités qui en étaient exclus jusqu'alors.

Retouché en 2002, l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale distingue trois catégories de retraités : les titulaires d'un avantage de vieillesse résidant en Alsace-Moselle et qui bénéficient du régime local au 1er juillet 1998, les titulaires d'un avantage de vieillesse quel que soit leur lieu de résidence, et les titulaires d'un avantage de vieillesse en qualité de travailleurs frontaliers.

**1° Les retraités résidant en Alsace-Moselle et bénéficiant du régime local au 1er juillet 1998**

46. – Cette catégorie de bénéficiaires, visée à **l'article L. 325-1, II, 8° du Code de la sécurité sociale**, comprend les retraités résidant en Alsace-Moselle et bénéficiant déjà du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998. Cette catégorie ne pose pas de problème particulier puisqu'il s'agit des personnes déjà en retraite avant la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 et continuant à résider en Alsace-Moselle, et qui de ce fait bénéficiaient du régime local en vertu du principe de territorialité en vigueur jusqu'alors.

La loi du 14 avril 1998 ne fait qu'exprimer clairement le rattachement de ces personnes au régime local d'assurance maladie, dans la continuité des règles d'affiliation découlant de l'application du principe de territorialité en vigueur jusqu'alors.

**2° Les titulaires d'un avantage de vieillesse quel que soit leur lieu de résidence en France ou dans les départements d'outre-mer**

**a) Situation créée par la loi du 14 avril 1998**

47. – La loi n° 98-278 du 14 avril 1998 a supprimé, sous certaines conditions, l'obligation de **résider en Alsace-Moselle** pour obtenir ou conserver le droit aux prestations du régime local. La grande innovation de cette loi est d'avoir permis l'extension du régime local aux retraités qui n'en bénéficiaient pas au 1er juillet 1998 parce qu'ils avaient transféré leur résidence hors Alsace-Moselle et aux retraités devenus titulaires d'un avantage de vieillesse à compter du 1er juillet 1998 et qui résidaient dans un autre département que le Haut-Rhin, le Bas-Rhin ou la Moselle.

Les 9° et 10° de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale dans leur version issue de la loi du 14 avril 1998, opéraient une distinction entre les titulaires d'un avantage de vieillesse ne bénéficiant pas du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998 et ceux qui devenaient titulaires d'un avantage de vieillesse à compter du 1er juillet 1998.

**Pour les personnes retraitées au 1er juillet 1998**, et résidant hors Alsace-Moselle, l'article L. 325-1, II, 9° du Code de la sécurité sociale subordonnait l'extension du régime local à une durée d'affiliation continue antérieurement au départ en retraite ou à la cessation d'activité. Cette durée avait été fixée à un minimum de **vingt trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse**. Étaient prises en compte comme périodes d'assurance d'une part les périodes d'assurance ayant donné lieu à cotisation, et d'autre part les périodes assimilées (interruption involontaire du travail, périodes de chômage non indemnisé, période consacrée à l'accomplissement du service national ou prise de congé parental d'éducation). Si la condition de vingt trimestres d'assurance n'était pas réunie, une durée totale de vingt-cinq ans non continue était exigée. Dans un cas comme dans l'autre les retraités devaient également établir une plus longue durée d'affiliation au régime général ou au régime local d'assurance vieillesse, ceci afin d'écarter du régime local les personnes rattachées principalement à un régime spécial comme celui de la SNCF ou des mines, et qui auraient remis en cause, par leur affiliation au régime local, l'équilibre financier du régime local jusqu'alors préservé.

48. – **Existence d'un droit d'option. –**La loi du 14 avril 1998 n'a pas voulu imposer aux retraités résidant hors Alsace-Moselle et déjà en retraite à cette date, de relever obligatoirement du régime local d'assurance maladie, dans la mesure où la plupart d'entre eux avaient vraisemblablement souscrit des contrats auprès de mutuelles afin de couvrir les prestations complémentaires qui n'étaient pas prises en charge par leur régime. L'article L. 325-1, II, 9° du Code de la sécurité sociale, dans sa version issue de la loi de 1998, laisse aux personnes intéressées le soin de demander le bénéfice du régime local d'assurance maladie si elles le souhaitent, selon des modalités déterminées par l'article 1er, 1° du décret n° 98-1025 du 12 novembre 1998 qui insère un article R. 325-1 dans le Code de la sécurité sociale et par l'article 4 du même décret pour les salariés affiliés à une caisse de mutualité sociale agricole *(JO 14 nov. 1998, p. 17145)*.

Selon le memorandum rédigé en novembre 1999 par Armand JUNG, député du Bas-Rhin, à l'attention de Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, concernant le bilan de l'application de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, sur 16 000 personnes qui auraient pu prétendre réintégrer le régime local seules 7 000 à 8 000 personnes ont fait valoir leur droit d'option. Sur le nombre de bénéficiaires potentiels, contactés individuellement par courrier, plus de la moitié des personnes concernées n'ont pas donné suite. Les raisons de cet état de fait sont multiples : d'une part les personnes intéressées ont souvent trouvé d'autres mécanismes de solidarité au moins aussi avantageux que le régime local et d'autre part une partie des personnes contactées n'a peut-être pas voulu effectuer une démarche qui n'aurait pas modifié de façon sensible leur situation ou tout simplement par ignorance de l'avantage offert.

49. – **Personnes retraitées après le 1er juillet 1998. –**L'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale, dans sa version issue de la loi du 14 avril 1998, accordait le bénéfice du régime local d'assurance maladie aux **personnes retraitées après le 1er juillet 1998**, quel que soit leur lieu de résidence en France ou dans les DOM TOM, à la condition qu'elles justifient d'une durée d'affiliation de vingt trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse pendant les cinq années qui précèdent le départ en retraite ou la cessation d'activité, sous réserve de justifier de la plus longue durée de rattachement au régime général ou local d'assurance vieillesse. C'est dans ce contexte que la cour d'appel de Paris, saisie par une personne qui avait été salariée pendant vingt-cinq ans en région parisienne puis pendant quinze ans en région Alsace avant de cesser son activité et de se voir attribuer une pension de retraite trois ans après sa cessation d'activité, a estimé que le prélèvement de la cotisation au régime local effectué sur sa pension l'avait été à juste titre, la requérante réunissant la condition de vingt trimestres de cotisation au régime local pendant la période de cinq ans précédant sa cessation d'activité et qu'à aucun moment il n'avait été exigé par le législateur de justifier d'une durée d'affiliation plus longue au régime local qu'au régime général d'assurance maladie sur l'ensemble de la vie active de l'assuré *(CA Paris, 2 oct. 2002, n° S 01/43735, Mme Juan c/ CRAM Paris 386 et CRAM Alsace-Moselle : Serv. Doc IDL)*.

Après l'entrée en vigueur de la loi du 14 avril 1998 le choix des conditions de délai de cinq ans ou vingt-cinq ans prévues par le législateur fut critiqué. En effet les durées de cotisation retenues ne permettaient pas de conférer au régime local un caractère de généralité et rapidement de nouvelles injustices résultant de l'application des nouveaux textes ont été dénoncées. Ainsi, des personnes qui avaient cotisé la majeure partie de leur vie active au régime local mais qui ne pouvaient justifié y avoir cotisé pendant les cinq années précédant leur départ en retraite, ne pouvaient prétendre relever du régime local car ne remplissant pas la condition exigée par l'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale *(*pour une illustration *V. TASS de la Moselle, 8 janv. 2001, n° G 63/00 T, Mme Chablin c/ CRAV Alsace-Moselle : Serv. Doc IDL)*. La rigueur des seuils de durée d'assurance fut cependant tempérée par le décret n° 98-1025 du 12 novembre 1998 *(V. supra n°*[*48*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN48)*)* qui apporta certains assouplissements.

Pour les retraités relevant de l'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale, c'est-à-dire ceux prenant leur retraite ou cessant leur activité après le 1er juillet 1998, le législateur n'avait prévu aucun droit d'option.

Depuis le 1er juillet 1998, les futurs bénéficiaires et cotisants retraités du régime local d'assurance maladie sont informés sur leur situation par leur caisse primaire d'assurance vieillesse ou leur caisse primaire d'assurance maladie.

**b) La réforme de 2002**

50. – **Assouplissement de certaines conditions d'accès pour les retraités au régime local d'assurance maladie en 2002. –**L'article 36 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *(JO 18 janv. 2002, p. 1008)* de modernisation sociale et le décret n° 2002-1299 du 25 octobre 2002 *(JO 27 oct. 2002, p. 17851)* ont modifié en les assouplissant les conditions d'accès au régime local d'assurance maladie pour les retraités en retouchant les 9° et 10° de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale. L'objectif de cette modification législative était de réparer l'injustice frappant certains retraités qui, bien qu'ayant cotisé pendant de longues années au régime local, ne pouvaient justifier avoir relevé du régime local pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou la cessation de leur activité et de ce fait, se retrouvaient exclus du régime local d'assurance maladie.

L'article L. 325-1, II, 9° et 10° du Code de la sécurité sociale pose de nouvelles conditions d'ouverture de droits au régime local d'assurance maladie et distingue deux catégories de retraités.

51. – **Les retraités visés à l'article L. 325-1, II, 9° du Code de la sécurité sociale. –**Il s'agit des titulaires d'un avantage de vieillesse qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les **cinq ans qui précèdent leur départ en retraite ou leur cessation d'activité** (condition déjà prévue par la loi de 1998) soit pendant **dix ans, consécutifs ou non, durant les quinze années qui précèdent le départ en retraite ou la cessation d'activité** sous réserve de justifier de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 du Code de la sécurité sociale *(*V. explication de cette condition *infra n°*[*55*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN55)*)*.

La condition de réunir vingt trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse durant les cinq dernières années d'activité imposée par la loi du 14 avril 1998 a disparu, limitant ainsi les effets de seuil qu'induisait l'application de l'article R. 351-9 du Code de la sécurité sociale, et en particulier concernant les assurés sociaux percevant de faibles revenus et qui étaient dans l'impossibilité de totaliser le nombre de trimestres exigés par la loi.

Pour les personnes qui remplissent les conditions de durée d'affiliation définies par l'article L. 325-1, II, 9° du Code de la sécurité sociale, dans sa version modifiée en 2002, le régime local d'assurance maladie est d'application obligatoire. Elles sont avisées par la caisse régionale ou la caisse générale de sécurité sociale (devenue la CARSAT) qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse du régime général, qu'elles remplissent les conditions d'ouverture de droits au régime local d'assurance maladie *(CSS, art. D. 325-1-1, inséré par D. n° 2002-1299, 25 oct. 2002, art. 2)*. Les personnes déjà titulaires d'un ou plusieurs avantages vieillesse à la date de publication de la loi du 17 janvier 2002 qui remplissent les conditions fixées au 9° de l'article L. 325-1 II du Code de la sécurité sociale pour être affiliées au régime local, peuvent en faire la demande dans un délai d'un an à compter du 27 octobre 2002, selon les modalités définies aux articles D. 325-1-3 et D. 325-1-4 du Code de la sécurité sociale *(D. n° 2002-1299, 25 oct. 2002, art. 6)*.

52. – **Les retraités visés à l'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale. –**Il s'agit des titulaires d'un avantage de vieillesse qui ne remplissent pas les conditions fixées au 9° de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale mais qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins **soixante trimestres** d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 du Code de la sécurité sociale. Dans ce cadre, c'est une affiliation au régime local d'assurance maladie correspondant à quinze années, continues ou non, au cours de la vie professionnelle équivalant à au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse qui est exigée.

Cependant l'application du régime local aux retraités visés à l'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale, ne s'opère pas de plein droit, ils peuvent faire une demande d'affiliation au régime local d'assurance maladie dans le délai d'un an à compter de la date de l'attribution de l'avantage vieillesse *(CSS, art. D. 325-1-2)*. Cette demande est à adresser à la caisse régionale ou à la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse du régime général. Après délivrance d'un récépissé, la demande est transmise à la CRAV (caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle). Aujourd'hui c'est la CARSAT qui est compétente, dans la mesure où elle remplace la CRAM et la CRAV.

Les personnes déjà titulaires d'un ou plusieurs avantage(s) vieillesse à la date de publication de la loi du 17 janvier 2002, qui remplissent les conditions pour être affiliées au régime local fixées au 10° de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale, peuvent en faire la demande dans un délai d'un an à compter du 27 octobre 2002, selon les modalités fixées par les articles D. 325-1-3 et D. 325-1-4 du Code de la sécurité sociale.

53. – **Condition de durée d'assurance. –**Afin d'apprécier les conditions de durée d'assurance posées par l'article L. 325-1, II, 9° et 10° du Code de la sécurité sociale pour bénéficier du régime local en tant que retraité, il convient de prendre en compte toute période comportant un report en région Alsace-Moselle. Ainsi peuvent être notamment retenues : les périodes de salariat validables en application de l'article R. 351-9 du Code de la sécurité sociale, les périodes assimilées visées aux articles L. 351-3, R. 351-12 et R. 161-10-1 du Code de la sécurité sociale, les périodes de chômage indemnisé visées à l'article 71, § 1, *a)*,ii) et *b)* du règlement CEE n° 1408/71 du 14 juin 1971, les périodes de congé parental (pour plus d'informations contacter la CARSAT).

54. – **Recherche des années précédant le départ en retraite ou la cessation d'activité et recherche des soixante trimestres d'assurance. –**Les règles relatives à l'arrêt du compte applicable pour l'attribution d'une retraite contenues dans l'article R. 351-1 du Code de la sécurité sociale, limitent la validation des périodes d'assurance au dernier jour du trimestre civil précédant la date d'effet de la pension. Concernant les soixante trimestres exigés dans le cadre de l'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale, la recherche des soixante trimestres est effectuée sur l'ensemble de la carrière de l'assuré limitée au dernier jour du trimestre civil précédant la date d'effet de la pension. Il n'est pas nécessaire que les trimestres retenus soient consécutifs. Concernant les pensions de réversion ou de veuve les mêmes dispositions s'appliquent en tenant compte de la carrière de l'assuré décédé ou disparu (pour les titulaires de pensions de vieillesse visés à l'article L. 325-1, II, 9° du Code de la sécurité sociale), ou de la date (réelle ou fictive) d'arrêt du compte de l'assuré décédé ou disparu (pour les titulaires de pensions de vieillesse visés à l'article L. 325-1, II, 10° du Code de la sécurité sociale).

55. – **La condition de plus longue durée d'affiliation au régime général ou au régime local d'assurance vieillesse. –**En outre, les titulaires d'un avantage de vieillesse visés aux 9° et 10° du II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale doivent, pour pouvoir prétendre au bénéfice du régime local d'assurance maladie, être en mesure de justifier de **la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime local d'assurance vieillesse**, c'est-à-dire au régime applicable aux salariés jusqu'au 1er juillet 1946 prévu par le Code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et la loi du 20 décembre 1911 sur l'assurance des employés. Cette condition a été voulue par le législateur afin de neutraliser les effets d'aubaine, et en particulier dans le cas d'assurés qui ont, au cours de leur vie active, connu des périodes successives d'activités professionnelles salariées et non salariées. Sans l'exigence de la plus longue durée d'affiliation au régime général ou au régime local d'assurance vieillesse ces personnes pourraient bénéficier du régime local en tant que retraités alors qu'elles ont principalement été rattachées à un régime spécial d'assurance vieillesse. D'un point de vue financier le régime local d'assurance maladie serait plus avantageux pour ces personnes, compte tenu du coût souvent élevé de certaines couvertures complémentaires. L'examen de cette condition se fait par comparaison des durées d'assurance ou d'activité prises en compte pour le calcul de la pension dans chacun des régimes de retraites de base auxquels le retraité a été affilié. La durée d'affiliation à prendre en compte est plafonnée à cent cinquante trimestres (trente-sept années et demie). Un assuré doit avoir accompli au moins soixante-quinze trimestres au régime général ou local d'assurance vieillesse pour pouvoir bénéficier du régime local d'assurance maladie en tant que retraité. Pour calculer la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse il y a lieu également de tenir compte d'une période d'affiliation au régime spécifique des salariés agricoles *(TASS Mulhouse, 14 mars 2002, Bessey c/ CRAV et CPAM de Colmar, aff. n° G 600/00 : Service doc. IDL)*. En effet, selon l'article L. 742-3 du Code rural et de la pêche maritime, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et le régime local d'assurance maladie s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles et entrant dans les catégories visées au II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale, en vertu de l'article L. 761-3 du Code rural et de la pêche maritime.

**c) Anciens salariés du Port autonome de Strasbourg**

56. – Le régime local d'assurance maladie est applicable aux salariés du Port autonome de Strasbourg en vertu de l'article L. 325-1, II, 3° du Code de la sécurité sociale. En conséquence les retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg se voient appliquer dans les mêmes conditions les dispositions des 9° et 10° de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale relatifs aux conditions à réunir par les titulaires d'un avantage de vieillesse pour bénéficier du régime local d'assurance maladie.

**3° Les retraités anciens salariés frontaliers**

57. – **Une autre catégorie d'« exclus » du régime local d'assurance maladie. –**La loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle qui a, dans une certaine mesure, intégré les retraités, qui en étaient exclus auparavant, dans la liste des assurés relevant du régime local d'assurance maladie, n'avait pas envisagé la situation des travailleurs frontaliers salariés résidant en Alsace-Moselle lorsqu'ils cessaient leur activité ou faisaient valoir leur droit à la retraite. Ainsi une autre catégorie d'« exclus » du régime local a vu le jour et suscité de nombreuses controverses qui ont trouvé une solution législative dans le cadre de la réforme de la loi de 1998 par la loi de modernisation sociale de 2002.

**a) La situation en 1998**

58. – **Définition des travailleurs frontaliers et situation au regard du système de sécurité sociale. –**Les travailleurs frontaliers sont des salariés qui exercent leur activité dans un autre pays que celui de leur résidence. Leur statut au regard de l'assurance maladie n'est pas le même suivant qu'ils travaillent dans un pays de l'Union européenne ou dans un pays tiers. Les travailleurs frontaliers concernés par la question du régime local d'assurance maladie sont ceux qui exercent leur activité professionnelle en Allemagne, au Luxembourg, en Belgique ou en Suisse. Pour les travailleurs frontaliers d'Allemagne, du Luxembourg ou de Belgique, un règlement communautaire traite du régime de sécurité sociale qui leur est applicable *(Règl. CEE n° 1408/71 du Conseil de l'Union européenne du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la communauté)*. Selon l'article 1, *b)* de ce règlement le travailleur frontalier se définit comme une personne exerçant une activité professionnelle sur le territoire d'un État membre et qui réside sur le territoire d'un autre État membre où il retourne chaque jour, ou au moins une fois par semaine. Les règles établies par ce règlement communautaire de 1971 sont régulièrement révisées, environ une fois par an, les modifications significatives les plus récentes datant de 2001 et 2002. Pour les salariés frontaliers qui exercent leur activité dans la Confédération Helvétique, pays hors Union européenne, c'est une convention bilatérale datant de 1975 qui fixe les règles d'affiliation au système de sécurité sociale, ainsi qu'un accord sur la libre circulation des personnes, conclu le 21 juin 1999 entre l'Union européenne et la Suisse et entré en vigueur le 1er juin 2002, selon lequel les frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse sont soumis à la législation de leur lieu d'emploi soit, à la législation suisse en matière de sécurité sociale. Des facultés d'exemption à titre dérogatoire de l'affiliation obligatoire au régime fédéral suisse d'assurance maladie sont cependant prévues *(V. CSS, art. L. 380-3-1, modifié par L. n° 2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007, 21 déc. 2006, art. 49 : JO 22 déc. 2006)*.

Fin 2014, le Gouvernement français a confirmé, pour les travailleurs frontaliers en Suisse, la suppression du régime privé d'assurance maladie des frontaliers laissant le choix entre deux régimes : la CMU frontalier (régime français) et la LAMal frontalier (régime suisse).

Qu'il s'agisse des frontaliers exerçant leur activité dans un pays de l'Union européenne ou de ceux qui travaillent dans la Confédération Helvétique et résidant en Alsace-Moselle, ni les uns ni les autres ne sont affiliés au régime local d'assurance maladie et ne figurent dans la liste des assurés sociaux relevant du régime local contenue dans la loi du 14 avril 1998.

59. – **Le sort des retraités anciens salariés frontaliers employés dans un État membre de l'Union européenne autre que la France. –**Compte tenu des dispositions de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie, la question s'est posée de savoir si les travailleurs frontaliers salariés dans un État membre de l'Union européenne autre que la France et résidant en Alsace ou en Moselle, pouvaient lors de la cessation de leur activité ou de leur départ en retraite, être affiliés au régime local d'assurance maladie et bénéficier en conséquence des prestations qu'il sert.

L'analyse de l'article L. 325-1, II, 9° et 10° du Code de la sécurité sociale *(version L. 14 avr. 1998)*, qui prévoit dans quelles conditions les titulaires d'un avantage de vieillesse peuvent relever du régime local d'assurance maladie et quelles sont les périodes d'assurance à prendre en compte, permet d'établir un lien **direct entre le bénéfice du régime local et le paiement d'une cotisation**. En effet relever du régime local d'assurance maladie implique obligatoirement le paiement d'une cotisation servant au financement dudit régime. Ce principe ressort tant des textes que de l'étude des travaux préparatoires de la loi du 14 avril 1998 *(rapport de M. le député Terrier n° 634, fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, onzième législature, et rapport de M. le sénateur Jean-Louis Lorrain n° 352, fait au nom de la commission des affaires sociales, session 1997/1998)*. Le bénéfice du régime local dépend du paiement d'une cotisation assise sur les salaires, les avantages de vieillesse ou les autres revenus de remplacement. Il a donc été considéré à l'époque que les travailleurs frontaliers et les futurs titulaires d'un avantage de vieillesse, anciens travailleurs frontaliers, ne pouvaient relever du régime local d'assurance maladie s'ils ne remplissaient pas les conditions légales de cotisation prévues par l'article L. 325-1, II, 9° et 10° du Code de la sécurité sociale *(version L. 14 avr. 1998)*. Or, ni les travailleurs salariés frontaliers, ni les travailleurs frontaliers retraités ne sont assujettis au paiement de la cotisation au régime local.

Les travailleurs frontaliers relèvent, en application du règlement CEE n° 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des communautés européennes *(Cons. CE, règl. n° 1408/71, 14 juin 1971, annexe VI, partie I « France », § 6)*, de la législation de sécurité sociale de l'État dans lequel ils exercent leur activité salariée, même s'ils résident dans un autre État. Les travailleurs frontaliers résidant en Alsace-Moselle et travaillant en Belgique, en Allemagne ou au Luxembourg ne sont donc pas soumis aux règles de la sécurité sociale française et du régime local d'assurance maladie.

En vertu du paragraphe 6 *a)* de la partie E « France » du règlement communautaire précité, les travailleurs frontaliers perçoivent, pour le risque survenu en France, les prestations en nature du régime général ainsi que les prestations complémentaires du régime local. En effet les travailleurs frontaliers qui exercent leur activité salariée sur le territoire d'un État membre autre que la France et qui résident dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin ou la Moselle, bénéficient dans ces trois départements des prestations en nature prévues par le régime local d'assurance maladie. Il s'agit en réalité de **prestations équivalentes**, calquées sur celles prévues par le régime local et qui sont remboursées par l'institution d'affiliation étrangère à l'institution française, sous le contrôle du Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants, organisme interrégimes chargé de coordonner le régime français et les régimes étrangers *(Règl. CEE n° 574/72 du Conseil, 21 mars 1972, art. 3, 4 § 4, 122 et ann. VI partie E « France »)*. Ainsi les salariés frontaliers bénéficient des taux de remboursement égaux à ceux du régime local sans cependant qu'ils en relèvent juridiquement. De plus, au moment de leur retraite, ils ne bénéficiaient plus des prestations en nature équivalentes à celles servies par le régime local, car les périodes de bénéfice des prestations équivalentes au régime local pendant leur vie active ne peuvent être considérées comme des périodes d'affiliation et de cotisation à ce régime *(condition exigée par CSS, art. L. 325-1, II, 9° et 10°)*. La situation des salariés frontaliers au moment de leur retraite était donc la suivante dans le cadre de la loi de 1998 et du droit communautaire applicable à l'époque : ils ne pouvaient être affiliés au régime local et bénéficier de ses prestations.

60. – **Le sort des retraités anciens salariés frontaliers employés dans la Confédération Helvétique. –**Les travailleurs frontaliers résidant en France qui exercent leur activité en Suisse sont soumis à la législation suisse de sécurité sociale et ne peuvent bénéficier des prestations équivalentes au régime local prévues par le règlement CEE n° 1408/71 du 14 juin 1971, puisque la Suisse n'est pas membre de l'Union européenne. *A fortiori*, les frontaliers retraités qui perçoivent un avantage de vieillesse ne pourront relever du régime local d'assurance maladie.

**b) La réforme de 2002**

61. – **Extension du régime local d'assurance maladie aux salariés frontaliers retraités. –**L'article 36, V de la loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 *(JO 18 janv. 2002, p. 1008)* a mis fin aux controverses sur la situation des salariés frontaliers retraités au regard du régime local d'assurance maladie, du moins en ce qui concerne les frontaliers ayant exercé leur activité dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. En effet l'article 36, V de la loi de modernisation sociale de 2002 insère un 11° à l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale qui, sous certaines conditions étend le bénéfice du régime local d'assurance maladie aux anciens salariés frontaliers retraités.

62. – **Conditions à réunir par les travailleurs frontaliers retraités. –**Selon l'article L. 325-1, II, 11° du Code de la sécurité sociale, le régime local d'assurance maladie est également applicable aux titulaires d'un avantage de vieillesse au titre de la législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres États membres de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer. Il faudra cependant établir avoir bénéficié, en qualité de travailleur frontalier telle que définie par le règlement CEE n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 *(annexe VI-E. France – point 6 a)*, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie *(règl. CEE n° 1408/71, art. 19)*.

Comme pour les retraités non frontaliers *(visés à CSS, art. L. 325-1, II, 9°)*, des **conditions de durée** sont exigées mais il ne s'agit pas dans ce cas de conditions de **durée d'affiliation** au régime local, mais de **durée de perception de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et local.** Ainsi les travailleurs frontaliers retraités devront établir avoir bénéficié de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit **pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze années précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité** (pour la recherche des années à prendre en compte *V. supra n°*[*54*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN54)). La situation de l'assuré est examinée par référence aux périodes d'activité professionnelle validées par les régimes de sécurité sociale étrangers, toute année civile comportant une période validée par un régime étranger est réputée valable, sous réserve de prouver la résidence en Alsace-Moselle pendant les périodes considérées. Les années civiles retenues sont totalisées avec celles issues de l'application des dispositions du 9° du II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale.

63. – D'autre part les anciens travailleurs frontaliers doivent **justifier de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés** en tenant compte des périodes d'assurance au titre des législations des autres États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen. Pour l'examen de cette condition les périodes d'assurance à un régime étranger sont ajoutées à la durée d'affiliation au régime général ou au régime local d'assurance vieillesse, une comparaison intervient ensuite avec les durées d'assurance ou d'activité validées par les autres organismes de retraite de base auxquels le retraité a été affilié.

64. – **Modalités de la demande d'affiliation. –**Comme pour les autres personnes déjà titulaires d'un ou de plusieurs avantages de vieillesse à la date de publication de la loi du 17 janvier 2002, les travailleurs frontaliers déjà retraités qui remplissent les conditions pour être affiliés au régime local d'assurance maladie fixées au 11°, II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale, **peuvent** en faire la demande dans le délai d'un an à compter de la date de publication du décret n° 2002-1299 du 25 octobre 2002, à savoir le 27 octobre 2002. L'article 6 du décret précité prévoit que la demande se fait selon les modalités définies aux articles D. 325-1-3 et D. 325-1-4 du Code de la sécurité sociale. Or l'article D. 325-1-3 du Code de la sécurité sociale, qui précise dans quelles conditions la demande doit être effectuée, ne vise que les *« personnes mentionnées à l'article D. 325-1-2 »*, c'est-à-dire les titulaires d'un avantage de vieillesse remplissant les conditions fixées au 10° de l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale (à savoir ceux qui peuvent justifier avoir relevé du régime local pendant au moins soixante trimestres d'assurance). Il convient toutefois d'interpréter ces renvois d'articles successifs comme visant également les travailleurs frontaliers retraités, il n'y a en effet aucune raison à ce qu'ils soient écartés de la procédure de demande d'affiliation au régime local d'assurance maladie. La demande est à adresser à la CARSAT ou à la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage de vieillesse du régime général. La caisse leur délivre un récépissé de la demande *(CSS, art. D. 325-1-3)*.

Pour les travailleurs frontaliers retraités à compter du 1er février 2002 et postérieurement, ils sont **obligatoirement** soumis au régime local d'assurance maladie dès lors qu'ils satisfont aux conditions d'assurance et d'affiliation du 11° du II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale. Selon l'article D. 325-1-1 du Code de la sécurité sociale ils sont avisés par la CARSAT ou la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse, qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits au régime local d'assurance maladie.

65. – **Le caractère irrévocable de l'affiliation. –**Comme pour les autres titulaires d'un avantage de vieillesse, le caractère irrévocable de l'affiliation au régime local des travailleurs frontaliers retraités prend effet à la date d'envoi du courrier ou du récépissé ou à la date de réception de la demande par la caisse *(CSS, art. D. 325-1-4)*.

66. – **Préjudice financier subi par les travailleurs frontaliers retraités. –**Le Comité de défense des Travailleurs Frontaliers a demandé à la Cour administrative d'appel de Nancy l'annulation du jugement du tribunal administratif de Strasbourg rejetant leur demande tendant à la condamnation de l'État à réparer les conséquences dommageables résultant de la méconnaissance par l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi du 14 avril 1998, des règles du droit communautaire et en particulier de l'annexe VI du règlement 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté. Les requérants, anciens travailleurs frontaliers à la retraite, demandaient la condamnation de l'État à prendre en charge à titre de dommages et intérêts le surcoût annuel du montant des cotisations versées à leurs mutuelles privées au titre de leur assurance complémentaire santé jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 17 avril 2002, qui prévoit, sous certaines conditions, l'accès au régime local des titulaires d'un avantage de vieillesse ayant bénéficié en qualité de travailleurs frontaliers de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et local. Cependant la cour administrative de Nancy a estimé que le lien de causalité direct entre la faute imputée à l'État du fait de son activité législative et le préjudice financier qu'auraient subi les requérants n'était pas établi. Aucun élément chiffré précis de nature à déterminer si et dans quelle mesure les requérants auraient effectivement subi un préjudice financier au titre de chacun des contrats d'assurance concernés, n'est apporté *(CAA Nancy, ch. 3, Comité de défense des Travailleurs Frontaliers, 25 janv. 2007 : Serv. Doc. IDL)*.

67. – Les anciens travailleurs frontaliers ayant exercé en Suisse restent dans la situation qui était la leur avant la réforme de 2002 puisque la loi de modernisation sociale qui a créé un 11° à l'article L. 325-1, II du Code de la sécurité sociale n'a envisagé que la seule situation des titulaires d'un avantage de vieillesse qui ont, en qualité de travailleurs frontaliers selon le règlement CEE n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, bénéficié de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie.

**D. – Les ayants droit**

68. – **Application du régime local aux ayants droit. –**L'article L. 325-1, II *in fine* du Code de la sécurité sociale déclare le régime local d'assurance maladie applicable aux ayants droit des assurés sociaux des catégories énumérées aux 1° à 11° dudit article. Il s'agit des ayants droit membres de la famille d'une part (1°), et de ceux qui, sans être membres de la famille, vivent à la charge de l'assuré social (2°).

**1° Les membres de la famille**

69. – L'article L. 313-3 du Code de la sécurité sociale liste les personnes qui ont la qualité de membre de la famille de l'assuré et qui, à ce titre, si elles remplissent les autres conditions, sont considérées comme des ayants droit de l'assuré.

Il s'agit du **conjoint** de l'assuré obligatoire à condition qu'il ne bénéficie pas lui-même d'un régime obligatoire de sécurité sociale, ou qu'il exerce pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale. Sont également ayants droit de l'assuré les **enfants** non-salariés à la charge de l'assuré ou de son conjoint jusqu'à un âge limite, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis. De même, jusqu'à des âges limites, les enfants placés en apprentissage, les enfants poursuivant leurs études (seuls les étudiants de moins de 20 ans ayant-droit d'un assuré du régime local bénéficient de ce régime), les enfants souffrant d'infirmités ou de maladies chroniques qui sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié, ont la qualité d'ayants droit. Enfin, l'ascendant, le **descendant, le collatéral jusqu'au 3° degré ou l'allié au même degré** de l'assuré social, qui vit sous le même toit que l'assuré et qui se consacre exclusivement aux travaux ménagers et à l'éducation des enfants à charge de l'assuré, sont également considérés comme des ayants droit.

**2° Les personnes à charge autres que les membres de la famille**

70. – L'article L. 161-14 du Code de la sécurité sociale est consacré aux personnes qui sont à charge de l'assuré et qui, sous certaines conditions, peuvent acquérir la qualité d'ayant droit. En premier lieu, **la personne qui vit maritalement** avec l'assuré et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a la qualité d'ayant droit, à condition d'en rapporter la preuve ; il en est de même pour **la personne ayant conclu un PACS** (pacte civil de solidarité) avec l'assuré et qui ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre. En second lieu **les personnes qui vivent avec l'assuré social**, sans que cela soit de façon maritale, pendant une certaine durée et qui sont à sa charge effective, totale et permanente et qui en rapportent la preuve, sont aussi des ayants droit.

**3° Le cas particulier des élus locaux**

71. – Dans un objectif d'équité et d'amélioration de la protection sociale des élus locaux, l'article 18 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 *(JO 19 déc. 2012)* et le décret n° 2013-362 du 26 avril 2013 *(JO 28 avr. 2013)* affilient l'ensemble des élus locaux ainsi que les délégués des collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques que ce régime couvre (maladie, vieillesse, accidents du travail et maladie professionnelle). Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'article L. 382-31, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble des risques et **l'assujettissement des indemnités de fonction des élus aux cotisations de sécurité sociale** si leur montant dépasse une fraction du plafond de la sécurité sociale, part fixée à 50 % de ce plafond par le décret n° 2013-362 du 26 avril 2013. Le montant des indemnités de fonction ainsi soumis à cotisations s'élève depuis le 1er janvier 2016 à 1 609 euros par mois.

Toutefois, l'alinéa 2 de l'article L. 382-31 du Code de la sécurité sociale dispose que pour les élus ayant cessé toute activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat et qui ne relèvent plus à titre obligatoire d'un régime de sécurité sociale, leurs indemnités de fonction d'un montant inférieur à 1 585 euros seront assujetties aux cotisations de sécurité sociale. Cette mesure vise entre autres les maires, les maires adjoints de communes de plus de 10 000 habitants, les maires d'arrondissement de Paris, Lyon et Marseille ainsi que leurs adjoints, les présidents de communautés, les vice-présidents de communautés de plus de 20 000 habitants, les présidents de syndicats mixtes, les présidents et vice-présidents de département et région. La circulaire interministérielle *(n° DSS/5B/DGL/2013/193)* relative à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des titulaires de mandats locaux ainsi qu'à l'assujettissement des indemnités de fonction qui leur sont versées, datée du 14 mai 2013, a envisagé la question de l'application du taux spécifique de 1,5 % du régime local d'assurance maladie aux élus assujettis dans les collectivités d'Alsace-Moselle et leurs EPCI. Par contre la réponse apportée par la circulaire de 2013 laisse planer une incertitude quant à la catégorie d'élus redevables de la cotisation supplémentaire au régime local. *A priori*, il s'agirait des élus d'Alsace-Moselle qui ne sont **ni fonctionnaires, ni chômeurs, ni retraités ou titulaires d'un avantage de vieillesse,** qui ont **cessé leur activité professionnelle** pour exercer leur mandat et qui **ne relèvent plus à titre obligatoire** d'un régime de sécurité sociale, quel que soit le montant total de leurs indemnités de fonction. Il s'agit donc en pratique d'un nombre très limité d'élus locaux.

II. – LE FINANCEMENT DU RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE

72. – **Historique. –**L'originalité du régime local d'assurance maladie réside dans le fait qu'il offre des prestations plus avantageuses à ces assurés en contrepartie, toutefois, du paiement d'une cotisation supplémentaire entièrement à leur charge. La source principale de financement du régime local est donc une cotisation supplémentaire qui avait été fixée à 2 % à l'origine, en 1946. Cette cotisation a varié au cours des ans en hausse ou en baisse au gré des fluctuations des recettes et des dépenses du régime local. En plus des cotisations, le régime local disposait d'autres ressources, notamment les produits des recours contre les tiers et les intérêts du fonds régional de réserve. L'Instance régionale de gestion du régime local d'assurance maladie créée en 1995 est compétente, entre autres, pour prendre les mesures nécessaires à assurer l'équilibre financier du régime local. À ce titre elle fixe le taux des cotisations à prélever sur les gains et rémunérations, les revenus de remplacement, ou les pensions de retraite des assurés. Seuls les bénéficiaires du régime local non imposables dont le revenu fiscal est inférieur à un certain montant sont dispensés du paiement de la cotisation spécifique. Jusqu'à présent la cotisation au régime local est à la charge des assurés, aucune cotisation patronale n'a pour l'instant été mise en place, contrairement à la cotisation due pour le régime général d'assurance maladie qui elle, comporte une partie à la charge de l'employeur.

**A. – La cotisation**

**1° Les assujettis et l'assiette de la cotisation**

**a) Les salariés et assimilés**

73. – **Les assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale. –**Il s'agit des salariés qui exercent une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et des salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements (ainsi que des salariés qui relevaient du régime local en vertu des conditions prévues à l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à 2012, *V. supra n°*[*36*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN36)*)* ; des maîtres contractuels des établissements d'enseignement privé sous contrat, des agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics administratifs, des agents contractuels de La poste et de France Télécom, des agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière qui travaillent en Alsace-Moselle ; et les salariés du Port autonome de Strasbourg *(CSS, art. L. 242-13, 1°)*.

74. – **L'assiette de la cotisation. –**Pour tous ces salariés la cotisation à leur charge est assise sur leurs **gains ou rémunérations**. Elle est précomptée par les employeurs au bénéfice du régime local d'assurance maladie, et figure sur la fiche de paie au même titre que les autres charges sociales prélevées sur le salaire, elle s'ajoute à la cotisation salariale déplafonnée du régime de base. Dès prélèvement de sa cotisation sur sa fiche de paie, le salarié la présente à sa caisse primaire d'affiliation pour l'ouverture de ses droits au régime local et pour se voir délivrer l'attestation des droits. Les cotisations au régime local sont recouvrées par les Unions pour le Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). Lorsque le salarié travaille en dehors de l'Alsace-Moselle pour une entreprise ayant son siège en Alsace-Moselle, la cotisation au régime local est logiquement recouvrée par l'URSSAF du lieu du siège à moins qu'elle ne soit recouvrée par l'URSSAF du lieu de travail s'il existe un établissement ou une entreprise hors Alsace-Moselle. Cette situation vaut pour les salariés encore sous le coup de la version de l'article L. 325-1, II, 1° antérieure à 2012 *(V. supra n°*[*36*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN36)*)*. Pour les salariés d'un établissement implanté dans les départements d'Alsace-Moselle qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements (c'est-à-dire les salariés visés par la nouvelle version de l'article L. 325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale), la cotisation au régime local est recouvrée par l'URSSAF du lieu d'implantation de l'établissement en Alsace-Moselle. De même, si le salarié travaille en Alsace-Moselle et qu'il n'y a pas de structure indépendante dans ces départements, la cotisation est recouvrée par l'URSSAF du lieu du siège social et reversée à l'URSSAF du département où travaille le salarié, au besoin en ouvrant un compte dans cette URSSAF pour le versement des cotisations. Le recouvrement de la cotisation au régime local se fait selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

**b) Les titulaires de revenus de remplacement, d'allocations de préretraite ou de pensions d'invalidité ou de réversion**

75. – **Il s'agit des assurés mentionnés aux 5° à 7° du II de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale.** Pour ces catégories d'assurés, la cotisation au régime local est plus récente. En effet les titulaires de **pension d'invalidité ou de réversion** s'acquittent d'une cotisation au régime local depuis le 1er septembre 1989, cette cotisation a été instaurée par le décret n° 89-540 du 3 août 1989 *(JO 4 août 1989)* qui a élargi l'assiette de la cotisation au régime local. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs des pensions d'invalidité ou de réversion lors de chaque versement de ces pensions.

76. – **Les titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage. –**Cette catégorie d'assurés visée au II, 5° de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale sont assujettis à la cotisation du régime local seulement depuis le 1er janvier 1997. La cotisation à leur charge est assise sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 du Code de la sécurité sociale c'est-à-dire les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation anticipée totale ou partielle d'activité. Elle est précomptée par les organismes débiteurs au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces allocations et versée directement à ce régime.

77. – **Les titulaires d'avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité**, visés au II, 6° de l'article L. 325-1 du Code de la sécurité sociale, ont à leur charge une cotisation au régime local depuis le 1er janvier 1997. Leur cotisation est assise sur leur allocation de préretraite ou leur revenu de remplacement en cas de congé de fin d'activité, et précomptée par l'organisme débiteur lors de chaque versement de ces allocations ou revenus, et versée directement au régime local *(V. CSS, art. L. 131-2, al. 2)*.

**c) Les titulaires d'un avantage de vieillesse**

78. – **Soumission des retraités au versement d'une cotisation. –**À l'origine, les titulaires d'un avantage de vieillesse étaient exemptés du versement d'une cotisation au régime local d'assurance maladie, seuls les actifs en étaient redevables, cette situation a perduré jusqu'en 1989. La loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social *(JO 31 juill. 1987)*, par son article 3-1, a ajouté un alinéa à l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale ouvrant la possibilité de précompter une cotisation sur les avantages de vieillesse servis aux bénéficiaires du régime local d'assurance maladie. En application de la loi du 30 juillet 1987, le décret n° 89-540 du 3 août 1989 *(JO 4 août 1989)* a instauré à la charge des titulaires d'un avantage de vieillesse, à compter du 1er septembre 1989, une cotisation prélevée sur les pensions perçues tant de la sécurité sociale que de régimes complémentaires.

79. – **L'assiette de la cotisation. –**La cotisation à la charge des titulaires d'un avantage de vieillesse est assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre État *(CSS, art. L. 242-13, 2°)*. Cette cotisation est précomptée sur les avantages de retraite mentionnés au 1° de l'article L. 241-2 du Code de la sécurité sociale et sur les avantages de retraite des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie mentionnés à l'article D. 711-6 du même code donnant lieu à cotisation d'assurance maladie en application de l'article L. 711-2, 2° du Code de la sécurité sociale *(CSS, art. D. 242-21)*. La CRAV (Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse d'Alsace-Moselle devenue la CARSAT) prélève sur la pension de retraite du régime général la cotisation d'assurance maladie à la charge des retraités bénéficiaires du régime local due au titre des avantages de vieillesse du régime général et des avantages de vieillesse versés au titre d'une législation d'un pays étranger. Le montant des cotisations prélevées est viré par la CARSAT au compte de l'Instance régionale de gestion du régime local *(CSS, art. D. 242-22)*.

80. – **Les prestations étrangères. –**Pour compenser le coût entraîné par l'extension du régime local aux anciens salariés frontaliers retraités *(V. supra n°*[*61*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN61)*)*, l'article 36, I de la loi de modernisation sociale de 2002 a modifié l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale afin de déterminer l'assiette de la cotisation à laquelle ils seront assujettis. Elle se compose des avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, qu'ils soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre État. À ce titre, la cotisation est assise tant sur les avantages de vieillesse versés par une institution française que sur les pensions servies par un organisme d'un autre État. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre d'une législation d'un ou plusieurs autres États, c'est-à-dire de totalisation des pensions perçues pour des activités professionnelles exercées dans un État autre que la France, pour le calcul de la cotisation, ont été fixées par l'article 3 du décret n° 2002-1299 du 25 octobre 2002 *(JO 27 oct. 2002)* et figurent aux articles D. 242-21-1 et D. 242-21-2 du Code de la sécurité sociale. Le prélèvement de la cotisation est effectué sur la base des avantages de retraite étrangers connus ou déclarés à la date d'effet de la pension du régime général. L'assuré doit transmettre à la CARSAT, sur sa demande, une déclaration des avantages et pensions de retraite qu'il perçoit à l'étranger, il est ensuite invité à produire avant le 1er avril de chaque année une déclaration annuelle indiquant les pensions perçues au cours de l'année précédente. Le montant mensuel de la part de cotisation due au titre des avantages de vieillesse étrangers se calcule sur la base du montant mensuel moyen des avantages étrangers déclarés au titre de l'année précédente. Si cette déclaration n'est pas faite dans le délai prévu, le prélèvement de la cotisation est poursuivi sur la base de l'assiette de l'année N-1. Le droit aux prestations du régime local est maintenu jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la déclaration doit être faite, au-delà, en l'absence de transmission de nouvelle déclaration, le droit aux prestations du régime local se trouve suspendu.

81. – **Légalité du prélèvement de la cotisation au régime local sur la partie de l'assiette correspondant à des pensions ou rentes versées par des institutions de sécurité sociale d'un autre État que la France. –**Au cours de l'année 2005, des contestations avaient vu le jour concernant la légalité du prélèvement de la cotisation au régime local sur les pensions servies par des États autres que la France, en particulier au regard de la compatibilité du mode d'établissement de cette cotisation avec l'article 33 du Règlement CEE n° 1408/71. Une demande du ministère de la Santé et des Solidarités avait même été formulée, de cesser d'opérer des prélèvements indirects sur les pensions des autres États membres de la CEE. Cependant l'Instance de gestion du régime local et la CRAV avaient réfuté cette argumentation et précisé que ce prélèvement avait été prévu et organisé par la loi ; le Conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local avait même donné mandat au Président du Conseil d'ester au fond et en référé suspension auprès de la juridiction administrative compétente. Cette question a finalement été réglée, sans contentieux, suite à une décision de la Cour de Justice des Communautés Européennes *(CJCE, 18 juill. 2006, aff. C-50/05, Maijat-i-Nikula)* dont le point 31 permet de conclure à la légalité du prélèvement de la cotisation sur les pensions servies par des États étrangers.

**2° Le taux de la cotisation**

82. – **Fixation du taux de la cotisation par une décision de nature réglementaire. –**Le régime local d'assurance maladie n'étant géré de façon autonome que depuis 1995, date de création de l'instance régionale de gestion du régime local, le financement de ce régime par une cotisation spéciale dépendait directement du pouvoir réglementaire. Les décisions portant sur la fixation du taux de la cotisation ou sur les catégories d'assurés soumis à ce prélèvement nécessitaient la prise d'un **décret**. Jusqu'en 1985 la cotisation à la charge des salariés était égale à un pourcentage du salaire mais limité au « plafond de la sécurité sociale », le décret n° 85-1507 du 31 décembre 1985 *(JO 4 janv. 1986)* a supprimé cette limitation. Au gré des fluctuations de la situation financière du régime local, le taux de la cotisation des salariés a été fixé à 1,70 % pour la période du 1er septembre 1989 au 30 novembre 1990 par décret n° 89-541 du 3 août 1989 *(JO 4 août 1989)* puis reconduit par décrets successifs jusqu'au 31 décembre 1992. La cotisation des salariés a ensuite été ramenée à 1,60 % pour l'année 1993 *(D. n° 93-43, 12 janv. 1993 : JO 14 janv. 1993)* et relevée à 2,15 % pour les années 1994 et 1995. C'est également par décret que la décision de soumettre les titulaires d'un avantage de vieillesse au paiement de la cotisation au régime local a été prise *(D. n° 89-540, 3 août 1989, préc.)*, le montant du taux était à l'origine de 0,75 %, soit inférieur à celui applicable aux salariés. Le montant du taux de la cotisation due par les retraités a été remonté à 1 % à partir du 1er janvier 1994 et pour l'année 1995 en attendant la création de l'instance régionale de gestion du régime local *(D. n° 93-1359, 30 déc. 1993 : JO 31 déc. 1993)*.

83. – **Fixation du taux de la cotisation par le conseil d'administration de l'Instance régionale de gestion du régime local. –**Les pouvoirs publics ayant donné leur consentement à l'engagement d'une réforme des structures de gestion du régime local d'assurance maladie, la création d'une instance régionale de gestion responsable de l'équilibre financier du régime local fut préconisée, sa mise en place fut consacrée par le décret n° 95-349 du 31 mars 1995 *(JO 2 avr. 1995)*. Le conseil d'administration de l'Instance de gestion fixe le taux des cotisations nécessaires à l'équilibre du régime local dans la limite de la fourchette déterminée par l'article D. 325-4, 5° du Code de la sécurité sociale fixant le minimum à 0,75 % et le maximum à 2,5 %, il accorde également des exonérations dans les conditions générales prévues pour la CSG (Cotisation Sociale Généralisée). C'est dans ce cadre-là que le conseil d'administration de l'Instance de gestion du régime local a décidé de maintenir le taux de la cotisation des salariés à 1,80 % en 1999. La décision portant sur le montant du taux de la cotisation ne nécessite plus la prise d'un décret, comme auparavant, mais est consignée dans un **avis du conseil d'administration**, publié au *Journal officiel*. C'est également le conseil d'administration de l'Instance de gestion qui a décidé de procéder au prélèvement de la cotisation sur les revenus de remplacement, à un taux au départ identique à celui appliqué aux pensions de retraite et avantages de vieillesse.

84. – **Fluctuation du taux de la cotisation en fonction des résultats financiers du régime local. –**Depuis 1996, le conseil d'administration publie chaque année un avis contenant le montant du taux de la cotisation due par les assurés du régime local, en fonction des résultats excédentaires ou non du régime local. Le montant du taux est à présent le même qu'ils s'agissent des salariés, retraités ou titulaires de revenus de remplacement. Ainsi en 2006 le conseil d'administration de l'Instance de gestion a décidé d'augmenter de 0,1 % le taux de la cotisation sur les rémunérations, sur les avantages de retraite et les autres revenus de remplacement, le portant à 1,8 % à compter du 1er janvier 2006 *(Avis concernant le taux d'assurance maladie spécifique aux bénéficiaires du régime local d'assurance maladie : JO 8 janv. 2006, p. 355)*. Les comptes du régime local d'assurance maladie se portant bien fin 2006 (27 millions d'euros d'excédent pour 2006) le conseil d'administration de l'instance de gestion a décidé de fixer le taux de la cotisation à 1,7 % au lieu des 1,8 % en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Cette diminution du taux prend effet au 1er juillet 2007 *(Avis concernant les taux de cotisations d'assurance maladie spécifiques aux bénéficiaires du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle : JO 9 juin 2007, p. 10157)*. Pour l'année 2007 le taux de la cotisation était fixé à 1,70 % et est passé à 1,60 % à compter du 1er janvier 2008. Par délibération du 30 novembre 2009, le conseil d'administration avait maintenu le taux de la cotisation à 1,60 %. Grâce à ses réserves, le régime local pouvait amortir la hausse des dépenses de santé. Le conseil d'administration avait également décidé de ne pas répercuter les dépenses supplémentaires engendrées par l'épidémie de grippe A H1N1, de poursuivre l'action en faveur de la prévention des maladies cardio-vasculaires et de continuer à prendre en charge intégralement le forfait hospitalier. En novembre 2011 le conseil décidait d'un nouvel abaissement du taux de la cotisation, passant de 1,60 % à 1,50 % à compter du 1er janvier 2012. Depuis 2012, le taux de la cotisation est resté fixé à 1,5 % et le conseil d'administration de l'Instance de gestion du régime local a maintenu ce taux pour l'année 2016.

**3° La proposition de cotisation patronale**

85. – **Une cotisation à la charge exclusive des assurés : originalité du régime local. –**Une des particularités les plus marquantes du régime local d'assurance maladie réside dans le fait que son financement repose essentiellement sur une cotisation à la charge exclusive des assurés, actifs, titulaires de revenus de remplacement ou d'avantages de vieillesse. Cependant, l'idée de faire cotiser les employeurs a par le passé été avancée, à maintes reprises, en général dans des périodes où le régime local rencontrait des difficultés, mais elle s'est toujours heurtée à l'opposition des organisations patronales. Ainsi en mars 1990, Raymond Baltenweck, alors Président du Conseil économique et social d'Alsace, avait rendu un rapport dans lequel, au titre de propositions à caractère financier, il suggérait la création d'une cotisation à la charge des entreprises. Dans ce rapport il était proposé que la cotisation globale assise sur les salaires soit limitée à 2 %, dont 1,5 % obligatoirement à la charge des salariés, les montants dépassant 1,5 % étant répartis pour moitié entre les salariés et les employeurs, en cas de diminution de la cotisation, la part supportée par les employeurs ne pouvant être inférieure à 0,10 %. Cette proposition n'avait, à l'époque, pas été retenue.

86. – **L'instauration d'une cotisation patronale pour parer aux difficultés financières. –**De plus en plus confronté à la politique de déremboursement du régime général d'assurance maladie, le régime local a vu son équilibre financier à nouveau menacé. Il devenait donc nécessaire de trouver une nouvelle source de financement qui pourrait consister en l'instauration d'une cotisation à la charge des employeurs (cotisation qui existe dans le cadre du régime local spécifique aux assurés des professions agricoles et forestières). De plus la cotisation patronale permettrait aux organisations patronales de siéger au Conseil d'administration de l'instance régionale de gestion du régime local d'assurance maladie. C'est dans cette optique qu'une proposition de loi avait été déposée à l'Assemblée nationale par Armand Jung, Député du Bas-Rhin, en octobre 2006 *(Proposition de loi n° 3377, AN, Commission des Affaires Culturelles, 17 oct. 2006)*, cette proposition qui emportait également l'adhésion de certaines organisations syndicales de salariés n'a jamais été adoptée. La question de la cotisation patronale est revenue sur le tapis récemment, dans le cadre des discussions sur l'articulation entre le régime local et la généralisation de la complémentaire santé *(V. supra n°*[*12*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12)*)*. Pour préserver le régime local une des solutions envisagées serait de mettre en place une participation des employeurs au régime local.

**B. – Les autres ressources du régime local d'assurance maladie**

87. – **Financements du régime local autres que la cotisation des assurés. –**À côté de la cotisation au régime local d'assurance maladie à la charge pour l'instant des seuls assurés et principale ressource et recette du régime local, existent d'autres produits permettant d'alimenter les finances dudit régime. L'article D. 325-10 du Code de la sécurité sociale énumère les fonds du régime local qui sont au nombre de trois : le fonds de l'assurance maladie, le fonds de gestion administrative et le fonds de réserve. Concernant le **fonds d'assurance maladie**, les recettes de ce fonds sont constituées bien évidemment par le produit des cotisations prévues à l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale mais également par les **majorations de retard** dues en cas de versement des cotisations hors délai, par les produits des **recours contre les tiers** exercés en application de l'article L. 376-1 du Code de la sécurité sociale, et par les revenus des **disponibilités du fonds de réserve** du régime local *(CSS, art. D. 325-10, a)*. Ces différentes recettes sont encaissées par les URSSAF.

88. – **Dons et legs. –**Enfin, une autre ressource possible du régime local d'assurance maladie, prévue à l'article D. 325-2 du Code de la sécurité sociale, consiste en des **dons et legs** reçus par le régime local et dont il peut disposer dans les conditions prévues par le Code de la mutualité. Il s'agit de dons et legs mobiliers et immobiliers dont l'acceptation est soumise à l'autorisation de l'autorité administrative et dont les conditions d'acceptation sont prévues par décret en Conseil d'État *(C. mut., art. L. 114-43)*.

III. – LES PRESTATIONS DU RÉGIME LOCAL

89. – **Historique. –**Jusqu'en 1940 la **gratuité des soins** représentait un des avantages les plus marquants du régime local d'assurance maladie. Les prestations légales complémentaires instituées en 1946 forment encore aujourd'hui la base du régime local complémentaire d'assurance maladie. Les prestations du régime local sont servies en complément du régime général pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge des assurés concernant les prestations en nature. Le décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 *(JO 14 juin 1946)* a institué au profit des assurés du régime local d'assurance maladie un ticket modérateur égal à 10 % (au lieu de 20 % dans le cadre du régime général) pour les frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques et une prise en charge à 100 % des frais hospitaliers, y compris le forfait journalier. Les taux de remboursement et de prise en charge garantis par le régime local d'assurance maladie n'ont pas été modifiés depuis 1946 et ce, jusqu'à une date récente, malgré les changements intervenus au niveau des prises en charge et des remboursements au sein du régime général d'assurance maladie. Le régime local procure, en contrepartie du versement d'une cotisation supplémentaire, un niveau élevé de prise en charge des soins par un droit au remboursement des dépenses d'hospitalisation à 100 % et des prestations de médecine à 90 %, il est en fait équivalent à une mutuelle complémentaire obligatoire. Cependant, la part du régime local varie en fonction de l'évolution de la participation du régime général, c'est pourquoi les désengagements du régime général (comme par exemple les taux de remboursement plus faibles sur certains médicaments) sollicitent de plus en plus l'intervention du régime local dont l'équilibre peut se trouver compromis.

**A. – Les prestations servies par le régime local jusqu'à la création de l'instance de gestion du régime local**

**1° Les frais d'honoraires**

90. – **Frais d'honoraires des praticiens et des auxiliaires médicaux remboursés à 90 %. –**Les frais d'honoraires des médecins et chirurgiens-dentistes, généralistes ou spécialistes, ainsi que des sages-femmes, étaient remboursés aux assurés au taux de 70 % par le régime général, par le biais des caisses primaires d'assurance maladie dont ils dépendaient. En Alsace-Moselle, les assurés relevant également du régime local se voyaientt rembourser les frais d'honoraires des praticiens à hauteur de **90 %**, le régime local prenant en charge 20 % des dépenses engagées au-delà du remboursement du régime général (c'est-à-dire 70 %), le ticket modérateur (part restant à la charge de l'assuré) n'étant dans ce cas que de 10 % pour les assurés du régime local.

Concernant les honoraires des auxiliaires médicaux, ils étaient pris en charge par le régime général à hauteur de 60 %, le régime local assumait le complément du remboursement (soit 30 %) pour arriver à un taux de **90 %**. Pour ces frais, le ticket modérateur à charge des assurés était également de 10 %.

Concernant les indemnités de déplacement de ces praticiens et auxiliaires médicaux, ils faisaient l'objet d'un taux de remboursement de 100 % dans le cadre du régime général, le régime local n'avait donc, dans ce cadre, aucun complément à assurer.

**2° Les médicaments et autres frais pharmaceutiques**

91. – **Médicaments et autres frais pharmaceutiques remboursés à 90 %. –**S'agissant des médicaments, les spécialités irremplaçables ou coûteuses étant remboursées à 100 % dans le cadre du régime général, le régime local n'intervenait pas dans ce cadre en complément. Pour les autres médicaments spécialisés et non spécialisés le régime local assurait un taux de remboursement de **90 %**, alors que le régime général prenait en charge le remboursement à des taux variables (35 % ou 65 %) selon le type de médicaments. Pour les autres frais pharmaceutiques (accessoires et pansements) en matière de soins orthopédiques, optiques ou de prothèses, le régime local assurait là aussi un remboursement à hauteur de **90 %**, assurant le complément du taux de 65 % pris en charge par le régime général.

**3° Examens de laboratoire et frais de transport**

92. – **Examens de laboratoires et frais de transport remboursés à 90 %. –**Enfin, concernant les examens de laboratoire, dans le cadre d'analyses ou de prélèvements effectués par du personnel non praticien, le remboursement des frais engagés par l'assuré du régime local se faisait à hauteur de **90 %**, la part couverte par le régime général étant de 60 %.

Les frais de transport bénéficiaient également d'une prise en charge de 90 %, le régime local venant en complément des 65 % remboursés par le régime général.

**4° Frais occasionnés en établissements de soins**

93. – **Frais hospitaliers. –**Le décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 *(JO 14 juin 1946)* avait donné la possibilité aux caisses de sécurité sociale d'Alsace-Moselle d'instaurer une participation des assurés aux frais hospitaliers d'un taux maximum égal à 10 % des frais exposés. Cependant les caisses primaires d'assurance maladie n'ont pas instauré cette participation des assurés dont le décret du 12 juin 1946 prévoyait la possibilité. En conséquence, le régime local a pris en charge à **100 %** les frais hospitaliers, y compris le forfait journalier. Ainsi les frais d'hospitalisation (honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, examens de laboratoire ou médicaments), qu'il s'agisse d'hospitalisation dans un établissement public ou assimilé ou dans un établissement de soins privé, étaient pris en charge à 100 % alors que le régime général intervenait à hauteur de 80 % des frais exposés. Pour les frais de cure thermale le régime local assurait le remboursement à 100 % dans les seuls cas de cure entraînant une hospitalisation médicalement justifiée. Tous ces frais étaient réglés directement à l'établissement de soins par la caisse primaire dont relevait l'assuré.

94. – **Prise en charge du forfait hospitalier journalier par le régime local. –**Le forfait journalier hospitalier a été institué par la loi du n° 83-25 du 19 janvier 1983 et codifié à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit d'un forfait journalier supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médicaux-sociaux et qui n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale. La prise en charge du forfait journalier par le régime local a fait l'objet de controverses avant que le décret n° 85-1507 du 31 décembre 1985 *(JO 4 janv. 1986)* ne déclare cette prise en charge : prestation obligatoire du régime local *(*pour l'évolution de cette question *V. infra n°*[*96*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN96)*)*.

**B. – Les prestations servies par le régime local après la création de l'instance de gestion du régime local**

95. – **Compétence de l'instance de gestion et réforme de l'assurance maladie. –**Le décret n° 95-349 du 31 mars 1995 *(JO 2 avr. 1995)* relatif au régime local d'assurance maladie confie la gestion du régime local à une instance de gestion qu'il met en place *(V. CSS, art. D. 325-4 s.)*. Cette instance a entre autres compétences *(V. infra n°*[*101*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN101)*)* celle de déterminer la liste des prestations que le régime local peut prendre en charge ainsi que leur taux de remboursement *(V. CSS, art. D. 325-6 à D. 325-8)*. Un premier bilan de dix années d'activité de l'instance de gestion met en évidence deux grandes tendances : d'un côté le conseil d'administration a eu à cœur de maintenir le niveau des prestations à 100 % pour l'hospitalisation et à 90 % pour les soins de ville dans un contexte de forte progression des prestations, et de l'autre il est sans cesse confronté à la politique nationale de désengagements successifs dans les remboursements des prestations par le régime général. Ainsi la réforme de l'assurance maladie par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 *(JO 17 août 2004)* et les lois de financement de la sécurité sociale subséquentes, ont eu un impact direct sur le régime local puisqu'elles modifient les règles de prise en charge du régime général. De plus il n'est pas possible au régime local de compenser les déremboursements du régime général déclarés d'ordre public par la loi.

96. – Concernant les **médicaments,** toute diminution de la part de remboursement du régime général grève le régime local dans la mesure où ce dernier maintient un taux de remboursement à 90 % pour le moment. Une première entorse est cependant à signaler concernant les **médicaments à « vignettes bleues ».** Ces derniers étaient remboursés à 90 % par le régime local (35 % pour le régime général) jusqu'en août 2006, mais le conseil d'administration de l'instance de gestion a décidé, dans sa délibération du 19 décembre 2005, qu'à compter du 1er septembre 2006 ces médicaments ne seront plus remboursés qu'à **80 %**. Au cours de la même séance du conseil d'administration de l'instance de gestion il a également été décidé de ne plus rembourser les **médicaments à faible efficacité médicale** (vignette jaune ou orange) qui font l'objet d'un remboursement à hauteur de 15 % par le régime général, pour se concentrer sur les risques les plus importants nécessitant une forte solidarité. Concernant les médicaments à « vignettes blanches », remboursés à 65 % par le régime général, le régime local prend en charge le remboursement à hauteur de 25 %, ce qui aboutit à un remboursement à hauteur de 90 %. Le conseil d'administration de l'instance a décidé également dans sa séance du 19 décembre 2005 de prendre en charge intégralement le **forfait** de 18 euros mis en place sur les **actes médicaux « lourds »** au coût supérieur à 91 euros. Enfin, concernant les **médicaments génériques**, le remboursement à **100 %** avait également été décidé par le conseil d'administration, et a fait l'objet d'une décision gouvernementale, matérialisée par le décret n° 2007-350 du 14 mars 2007 *(JO 17 mars 2007)* relatif à la modulation du taux de prise en charge du ticket modérateur pour les assurés relevant du régime local d'assurance maladie, qui rajoute un paragraphe III à l'article D. 325-7 du Code de la sécurité sociale.

Pour les **autres frais pharmaceutiques** (accessoires, pansements), les prothèses, l'orthopédie et l'optique, ainsi que les examens de laboratoire : le taux de remboursement est toujours de 90 %.

Concernant les **honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux,** le taux de remboursement est de 90 %, de même que pour les actes techniques des médecins. Les **frais de transport**, pris en charge par le régime général à hauteur de 65 %, sont remboursés à 100 %, le régime local assurant un taux de remboursement de 35 %.

Pour ce qui touche aux **frais de cure thermale,** en cas d'hospitalisation médicalement justifiée le remboursement est de 100 %, et en cas de cure thermale libre il est de 90 % pour les honoraires.

97. – **Le forfait hospitalier. –**En vertu de l'article D. 325-6 du Code de la sécurité sociale *(créé par D. n° 95-349, 31 mars 1995, art. 1er,)* le régime local **peut** prendre en charge, selon les taux qu'il détermine, tout ou partie du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour tout ou partie du séjour hospitalier. Cette disposition a entraîné l'abrogation de l'article D. 181 du Code de la sécurité sociale selon lequel le forfait journalier devait être pris en charge en totalité par le régime local. Jusqu'à présent le conseil d'administration de l'instance a toujours conservé la mesure de prise **en charge totale du forfait journalier hospitalier**, dont le montant est passé à 16 euros au 1er janvier 2007, et est fixé à 18 euros depuis 2010.

L'article D. 325-7, II du Code de la sécurité sociale prévoit également que le conseil d'administration de l'instance peut instituer une **participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation** et que cette participation est acquittée par l'assuré directement auprès de l'établissement. Cette participation n'a cependant jamais été mise en place même si le décret de 1995 en prévoyait la possibilité.

Concernant les frais d'hospitalisation, que ce soit en établissements publics ou assimilés ou en établissements de soins privés, le remboursement au régime local est de 100 %.

(Pour une information à jour des taux de remboursement du régime local, se reporter au tableau figurant sur le site : *regime-local.fr*).

IV. – LA GESTION DU RÉGIME LOCAL

98. – **Historique. –**Le régime local d'assurance maladie, bien que doté d'une organisation financière originale, a connu une crise financière et institutionnelle à partir de 1982 mettant en évidence sa dépendance vis-à-vis du régime général, en particulier du fait qu'en matière financière, le pouvoir appartenait à l'autorité de tutelle centrale. La nécessité de gérer le régime local de façon autonome s'est alors fait ressentir et a abouti à la mise en place d'une instance de gestion locale responsable de l'équilibre financier du régime. La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale *(JO 27 juill. 1994, art. 40)* modifia la rédaction de l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale en prévoyant en son alinéa 2 que *« Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local fixe les taux de cotisations nécessaires à l'équilibre financier du régime »*. L'organisation de cette instance, ses attributions ainsi que les règles de gestion du risque maladie et des fonds du régime local ont été précisées dans le décret n° 95-349 du 31 mars 1995 relatif au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle *(JO 2 avr. 1995)*. Peu de temps après la parution de ce décret des organisations syndicales défavorables à cette nouvelle réglementation, ont formé un recours au Conseil d'état en réclamant l'annulation pour excès de pouvoir de l'arrêté du préfet de la Région Alsace portant répartition des sièges entre les représentants des assurés sociaux au sein du conseil d'administration et de l'arrêté portant nomination des membres du conseil d'administration, et par voie de conséquence l'annulation pour excès de pouvoir du décret n° 95-349 du 31 mars 1995. Le Conseil d'État a déclaré d'une part, les conclusions dirigées contre le décret irrecevables car présentées hors délai, et renvoyé les parties à se pourvoir devant le tribunal administratif pour les conclusions tendant à l'annulation des arrêtés du préfet d'autre part *(CE, 14 oct. 1996, CGT-FO, n° 170342 : Serv. doc IDL)*.

**A. – L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie**

**1° Composition de l'instance**

99. – Le régime local est administré par un conseil d'administration confié aux partenaires syndicaux dans le cadre légal d'une gestion de fonds publics. La composition de ce conseil d'administration est réglementée par l'article D. 325-3 du Code de la sécurité sociale qui donne la liste des différentes catégories de membres. La composition a été quelque peu modifiée en 2001 par le décret n° 2001-940 du 11 octobre 2001, article 1er *(JO 16 oct. 2001),* puis par le décret n° 2007-1659 du 23 novembre 2007 *(JO 25 nov. 2007).*

**a) Membres délibérants**

100. – Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie comprend des **membres délibérants** qui se décomposent comme suit :

* • 23 **représentants des assurés sociaux** désignés par les unions interprofessionnelles départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle des organisations syndicales nationales de salariés représentatives visées au 1° de l'article L. 221-3 du Code de la sécurité sociale. La Confédération française démocratique du travail a 7 sièges, la Confédération générale du travail a 6 sièges, la Confédération générale du travail-Force ouvrière a 4 sièges, la Confédération française des travailleurs chrétiens a 4 sièges, et la Confédération française de l'encadrement-CGC a 2 sièges. Un nombre de suppléants égal à celui des titulaires est désigné par ces organisations syndicales ;
* • une personne qualifiée appartenant à une organisation de salariés désignée par le préfet de région ;
* • un représentant de la mutualité désigné par la Fédération nationale de la mutualité française.

**b) Membres consultatifs et représentants des employeurs**

101. – À côté des membres délibérants, siègent au conseil d'administration de l'instance de gestion des **membres consultatifs** :

* • un représentant des **associations familiales** désigné par l'Union nationales des associations familiales ;
* • un représentant désigné par les comités départementaux des **retraités et des personnes âgées** du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
* • un **médecin-conseil** désigné par le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale de la région de Strasbourg ;
* • le **directeur et l'agent comptable** du régime local ;
* • trois représentants des employeurs désignés par les unions départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assistent également aux réunions du conseil d'administration de l'instance de gestion.
* • le directeur et l'agent comptable du régime local assistent également aux séances du conseil d'administration et des commissions créées par celui-ci.

**Le président du conseil d'administration** de l'instance est élu par les membres délibérants au scrutin secret dans les conditions fixées par l'article D 325-3 avant dernier alinéa du Code de la sécurité sociale.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une durée de six ans renouvelable, par arrêté du préfet de région.

**2° Attributions du conseil d'administration de l'instance de gestion**

102. – **Attributions énumérées par l'article D. 325-4 du Code de la sécurité sociale. –**Le conseil d'administration de l'instance de gestion dispose de compétences et de pouvoirs importants. Il détermine la liste des **prestations** prises en charge par le régime local ainsi que leur taux de remboursement, fixe les **taux des cotisations** à la charge des assurés dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % et détermine la nature des avantages de vieillesse et des autres revenus de remplacement à soumettre à cotisation ainsi que les exonérations accordées en cas d'insuffisance de revenus. Cette compétence du conseil d'administration en matière d'exonération du paiement de la cotisation s'étend depuis 2002 aux personnes qui bénéficient de l'assurance maladie obligatoire (CMU, couverture maladie universelle). Il établit le **règlement intérieur** du conseil d'administration et désigne le directeur et l'agent comptable du régime local, choisis parmi les agents en activité des caisses primaires d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Moselle, de la caisse de la santé au travail d'Alsace-Moselle ou de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, occupant respectivement des fonctions de directeur ou d'agent comptable. Il **arrête les comptes annuels** de résultats présentés par l'agent comptable et délibère au moins deux fois par an sur les **prévisions financières** du régime. Il doit également prendre les mesures nécessaires pour **assurer l'équilibre financier** du régime local dans les conditions fixées à l'article D. 325-12 du Code de la sécurité sociale. Il se prononce sur le rapport annuel d'activité et sur les projets de loi et de règlement concernant les matières de sa compétence, il peut également créer en son sein une ou plusieurs commissions consultatives.

Le conseil d'administration fixe annuellement un **état prévisionnel des dépenses et des recettes** du fonds de l'assurance maladie dans le cadre, d'une part de l'évolution des dépenses déterminées par la loi du financement de la sécurité sociale et d'autre part, dans les limites de l'équilibre financier du régime local.

En cas de résultats comptables excédentaires du fonds de l'assurance maladie constatés à la clôture de l'exercice, tout ou partie de cet **excédent** peut être affecté par le conseil d'administration à des actions prévues par les articles L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale et L. 767 du Code de la santé publique, à savoir le financement de programmes de santé publique élaborés par la conférence régionale de santé ou d'actions expérimentales relatives aux réseaux de soins.

À cette longue liste de compétences s'ajoute encore depuis la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *(JO 18 janv. 2002)* une compétence de l'instance de gestion en matière **d'action sanitaire et sociale** destinée en priorité aux populations exposées aux risques de précarité *(CSS, art. L. 325-3)*. Cette compétence supplémentaire s'exerce cependant sous réserve de ne pas compromettre l'équilibre financier du régime local.

Toutes les délibérations du conseil d'administration sont soumises au contrôle du préfet de région et doivent faire l'objet d'une transmission dans les dix jours à compter du jour de la délibération.

**3° Bilan d'activité de l'instance de gestion du régime local**

103. – **Un bilan solide. –**En un peu plus de vingt ans d'activité, le conseil d'administration de l'instance de gestion a tout d'abord su assurer au régime local un cadre législatif et réglementaire pérenne et une autonomie de gestion par rapport aux autorités de tutelle. Le taux de cotisation est passé de 2,15 % au moment de la création de l'instance à 1,70 % au 1er juillet 2007 et à 1,5 % depuis 2012, le problème des "exclus du régime local", retraités et frontaliers, a été traité. Concernant les prestations, le remboursement à 100 % des frais d'hospitalisation et à 90 % pour la plupart des médicaments a été maintenu malgré l'existence d'un contexte de forte progression des prestations. Du point de vue financier, le régime local – qui a la possibilité d'affecter une partie des excédents comptables à des actions de **prévention –** a décidé de mener des actions de prévention des maladies cardio-vasculaires et des cancers. Depuis 1999, pour lutter contre ces pathologies, le régime local a déjà investi 7,3 millions d'euros qui ont permis la réalisation de plus de 90 projets de prévention. Cette politique de prévention est menée en partenariat avec les ARS (Agence Régionale de Santé), les Directions Régionales de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt, les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, les services de l'Éducation nationale et les collectivités territoriales. La question de l'avenir du régime local est cependant posée depuis la loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi instaurant une complémentaire santé obligatoire *(V. supra n°*[*12*](http://lngparautp021v:8080/RenduGFU/RenduGFU?numFolio=624580&source=facom#PN12)*)*.

**B. – Les règles de gestion**

104. – **Situation avant 1995. –**Jusqu'à la création de l'instance régionale de gestion du régime local d'assurance maladie, l'organisation financière du régime était caractérisée par des recettes propres et un mécanisme régional d'autorégulation, mais le pouvoir en matière financière appartenait à l'autorité de tutelle centrale. Le mécanisme financier comportait un fonds régional de compensation et un fonds régional de réserve spécifique au régime local. Le fonds régional de compensation assurait la compensation entre les caisses du régime local excédentaires et celles qui étaient déficitaires. Le fonds de réserve était alimenté par le solde disponible du fonds régional de compensation ainsi que par les excédents dégagés par les caisses primaires d'assurance maladie après la couverture des dépenses obligatoires du régime local par les recettes. Le régime local était dépendant à double titre : d'un côté à l'égard du pouvoir central qui avait seul compétence pour augmenter les recettes ou diminuer les prestations, et de l'autre à l'égard du régime général en cas de difficultés financières, seul compétent pour accorder des avances de trésorerie.

105. – **Gestion du régime local distincte de celle du régime général. –**La création de l'instance régionale de gestion du régime local d'assurance maladie en 1995 a nécessité également l'élaboration de dispositions réglementaires relatives à la gestion du risque maladie et des fonds du régime local, à l'équilibre financier du régime et à la gestion financière. Ces questions sont traitées aux articles D. 325-9 à D. 325-20 du Code de la sécurité sociale. Le régime local se compose de trois fonds : le **fonds de l'assurance maladie** dont les recettes sont encaissées par les URSSAF (cotisations, majorations de retard, produits des recours et revenus des disponibilités des fonds de réserve) et les dépenses constituées par les prestations servies par le régime et liquidées par les CPAM (caisses primaires d'assurance maladie) ; le **fonds de gestion administrative et le fonds de réserve**. En fin d'exercice, le conseil d'administration de l'instance affecte au fonds de réserve le solde disponible du fonds de l'assurance maladie, après avoir attribué les dotations prévues à l'article D. 325-10 du Code de la sécurité sociale.

106. – **L'équilibre financier. –**L'équilibre financier du régime local apparaît comme le souci majeur en matière de gestion dudit régime. Le conseil d'administration de l'instance, en présence de prévisions de déséquilibre, doit prendre les mesures nécessaires pour retrouver l'équilibre financier et reconstituer le fonds de réserve *(CSS, art. D. 325-12)*. Si un déficit voit tout de même le jour alors que les mesures préconisées par le conseil d'administration n'ont pas été efficaces, le responsable du service à compétence nationale visé à l'article R. 155-1 du Code de la sécurité sociale saisit le ministre chargé de la Sécurité sociale et le ministre du Budget afin que des mesures réglementaires soient prises. Lorsque le fonds de réserve est supérieur au seuil de 20 % des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration peut décider de diminuer le taux des cotisations dans la limite du seuil de 0,75 % ou demander au ministre chargé du budget la diminution du taux en deçà de ce seuil *(CSS, art. D. 325-14)*. Pour l'instant, ces mesures n'ont pas trouvé à s'appliquer. En effet le régime local n'a pas connu de déficit depuis 1995 et en 2006, les bons résultats des comptes se sont traduits par près de 29 millions d'euros d'excédents. L'équilibre financier du régime local est favorisé par des coûts de gestion minimes qui représentent moins de 1 % des charges du régime et les résultats financiers dégagés par les réserves constituées depuis 1990 (11,1 millions d'euros en 2012).

107. – **Gestion financière. –**L'agence centrale des organismes de sécurité sociale verse mensuellement au régime local un acompte sur les cotisations encaissées par les URSSAF et calculé à partir de la prévision mensuelle qu'elle établit annuellement. Pour pouvoir effectuer le paiement des prestations, le régime local met à la disposition des CPAM d'Alsace-Moselle les fonds correspondant aux besoins quotidiens de trésorerie. Les modalités techniques de paiement des prestations sont détaillées aux articles D. 325-17 à 19 du Code de la sécurité sociale. À titre indicatif, en 2014, le régime local a servi 462 millions d'euros de prestations de soins à ses assurés.

Enfin, le solde disponible du fonds de l'assurance maladie affecté au fonds de réserve peut faire l'objet de placements sous différentes formes énumérées dans l'article D. 325-20 du Code de la sécurité sociale. Grâce à cette possibilité, des placements ont été effectués en prévision du vieillissement de la population à hauteur d'une somme représentant un mois de fonctionnement du régime local.

**Bibliographie**

**Ouvrages et études**

**A. Jung**, Bilan et perspectives du régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle après la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 et ses décrets d'application, Mémorandum à l'attention de Mme Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité : *Strasbourg nov. 1999*

**N. Kerschen et F. Kessler**, L'assurance maladie en Alsace-Moselle. Bilan du régime local et analyse du comportement des assurés : *Paris-Strasbourg 1985-1986* ; Le régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle : *Publications universitaires européennes Peter Lang, Francfort 1993*

**D. Lorthiois**, Régime local d'Alsace-Moselle et régimes complémentaires d'entreprise, des chemins différents pour la solidarité : *Imprimerie de Wissembourg 1994* ; Régime Local d'Assurance Maladie : *Réglementation du régime local 2004*

**É. Sander**, Études des perspectives d'aménagement de certaines dispositions de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle : *IDL, Strasbourg nov. 2000*

**R.  Triby**, Les assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Naissance et évolution 1883-1984 : *Strasbourg 1985 et CRAMAM, 2e éd. 1998*

**J. Weydmann**, L'évolution de la législation sociale en Alsace-Lorraine de 1870 à 1918 dans l'Alsace contemporaine : *Éd. Le Roux, Strasbourg, Paris 1950, p. 339 à 372*

**B. Zahra**, Le droit local tel qu'ils le vivent : *Mettis Éditions 2015, Metz*

Site internet du régime local d'assurance maladie : regime-local.frIDL (Coll.), Le Guide du Droit Local : Publications de l'IDL 2015

**Articles doctrinaux**

**D. Dagorne**, Bénéficiaires du régime local d'assurance maladie : nouvelle délimitation de la catégorie des salariés affiliés : *RDL 2012, n° 66, p. 19*

**L.  Grisey Martinez**, Accords de prévoyance et régime local d'assurance maladie, une combinaison parfois délicate : *RDL 2012, n° 66, p. 25* ; Les Assises du droit local, synthèse de l'atelier « régime local d'assurance maladie » : *RDL 2015, n° 73, p. 13*

**F. Kessler et N. Kerschen**, Quel avenir pour quel régime complémentaire obligatoire d'assurance maladie ? : *RDL 1993, n° 10, p. 7*

**F. Kessler**, Le nouveau régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle : *RDL 1994, n° 13, p. 36* ; Sécurité sociale, la détermination de la loi applicable dans l'Espace économique européen : *Les Affiches Moniteur d'Alsace-Lorraine, n° 4, 12 janv. 2007*

**D. Lorthiois**, Intervention au colloque du 20e anniversaire de l'Institut du Droit Local alsacien-mosellan : *RDL 2006, n° 48, p. 29*

**É. Sander**, La modernisation du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle : *RDL 1998, n° 24, p. 37 ; RJE 1998, p. 14* ; Étude de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle : *RD sanit. soc. 1999, n° 1, p. 142* ; Les travailleurs frontaliers salariés et le régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle : *RDL 1998, n° 25, p. 32* ; Brève présentation des décrets d'application de la loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie : *RDL 1999, n° 26, p. 38* ; L'élargissement du bénéfice du régime local d'assurance maladie : *RDL 2002, n° 36, p. 26*

**R.  Triby**, La lente et difficile gestation de l'Instance régionale du régime complémentaire local d'assurance maladie : *RDL 1998, n° 24, p. 30*

Arelam-Journal (Coll.), La Lettre d'informations : Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Instance régionale de gestion du régime local ; Lettres collectives de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale : Circulaires de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse)