Instruction relative au versement des prestations au titre du régime de prévoyance des marins et liées à un risque non professionnel : malade cours navigation, accident non professionnel et maladie

M2_7_INS_3_D

INFORMATIONS

Objet/Résumé	Présentation des règles applicables au versement des prestations maladies liées à un risque non professionnel (maladie cours navigation, accident non professionnel et maladie).
Date entrée en vigueur	Au jour de la publication sur la base documentaire
Diffusion et accès	☒ Diffusion interne ☒ Diffusion externe
Documents liés	
Documents abrogés	*M2_7_INS_03 Instruction relative au droit aux prestations des assurances maladie et maternité, versées par le régime de prévoyance des marins du 25 mars 2025*

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTE 7
1.1. LES PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE 7
1.2. LES ASSURES BENEFICIAIRES DES FRAIS DE SANTE 7
1.2.1. Les conditions requises pour avoir la qualité d'assuré et bénéficier des frais de santé 7
1.2.1.1. Condition d'exercice d'une activité professionnelle 7
1.2.1.1.1. Les marins actifs 10
1.2.1.1.2. Les marins en recherche d'emploi 11
1.2.1.1.3. Les stagiaires de la formation professionnelle continue 11
1.2.1.1.4. Situation du conjoint collaborateur 12
1.2.1.2. Condition de résidence stable et régulière 13
1.2.1.2.1. Situation du marin justifiant d'une résidence stable en France 13
1.2.1.2.1. Résidence régulière (condition requise pour les seuls assurés de nationalité étrangère, hors UE) 16
1.2.2.2. Exception à la condition de résidence stable et régulière pour les pensionnés domiciliés à l'étranger 16
1.2.2.2.1. Le pensionné doit bénéficier de certaines pensions, rentes ou allocations. 17
1.2.2.2.2 Le pensionné doit justifier d'une durée de cotisations 17
1.3 LES ENFANTS DU MARIN BENEFICIAIRES DES FRAIS DE SANTE 17
1.3.1 Les enfants mineurs du marin restent ayants-droit 17
1.3.2 Les enfants majeurs du marin jusqu'à 24 ans sont assurés personnels 18
1.4 LES FRAIS DE SANTE REMBOURSABLES 18
1.4.1 Frais de santé au titre d'une maladie hors navigation 18
1.4.2 Particularité des frais de santé pour une maladie en cours de navigation (MCN). 26
1.5. LES FRAIS DE SANTE LIES A DES SOINS DISPENSES A l'ETRANGER 27
1.5.1. Les soins inopinés 28
1.5.1.1. Soins dispensés dans le cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse pendant un séjour dans un pays de l'union Européenne 28
1.5.1.2. Soins dispensés hors cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse pendant un séjour dans un pays de l'union Européenne 28
1.5.2. Les soins programmés 29
1.5.2.1. Soins programmés dans le cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse 29
1.5.2.2. Soins programmés en dehors du cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse 30
- Pays liés par une convention bilatérale avec la France 30

1.6 CONDITIONS DE FERMETURE DU DROIT AU PAIEMENT DES FRAIS DE SANTE 30
1.6.1 Contrôle de la stabilité de la résidence 30
1.6.2 Contrôle de la régularité de la résidence (assurés étrangers) 31
CHAPITRE II LES PRESTATIONS EN ESPECES 32

2.1. LES BENEFICAIRES 32
2.2. CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN ESPECES 32
2.2.1 Les conditions médicales 32
2.2.2. Les conditions administratives 34
2.2.2.1. Délai d'envoi d'un arrêt de travail 34
Au titre d'une MCN 34
2.2.2.2 Condition de cessation effective d'activité 34
2.2.2.3. Conditions de cotisations pour l'attribution des prestations en espèces 35
2.2.2.3.1. Au titre d'une maladie cours navigation 35
2.2.2.3.2. Au titre des accidents et maladies non professionnels (article 29 II). 36
2.2.2.3.3. Durée de cotisations et règles de coordination entre régimes de sécurité sociale au titre de la maladie 36
2.2.2.3.4. Périodes d'inactivités assimilées à des périodes de travail cotisées 37
2.2.3. Les incidences d'une pension de vieillesse ou d'invalidité sur les prestations en espèces 37
2.2.4. Reconnaissance de l'inaptitude définitive à la profession de marin et poursuite du versement des prestations en espèces 38
2.2.5. Le maintien des droits 39
2.2.5.1. Principe 39
2.2.5.2. Le bénéfice des indemnités journalières pendant le maintien de droit. 39
2.2.5.3. Les dispositions spécifiques relatives au maintien de droits des chômeurs 40
2.2.5.4. Incidence de la reprise d'une activité professionnelle sur le maintien de droits 42
2.3. OBLIGATIONS DU MARIN POUR CONTINUER A BENEFICIER DES PRESTATIONS EN ESPECES SERVIES .42
2.4. DUREE DE VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES 43
2.4.1. Délai de carence en cas d'accident ou de maladie hors navigation 43
2.4.2 La durée maximale de prescription de l'arrêt de travail 43
2.4.3. Durée maximale d'attribution des prestations en espèces 44
2.4.3.1. Au titre d'une MCN 44
2.4.3.1. Au titre des accidents et maladies non liés à un risque professionnel 44
2.5. L'INDEMNISATION AU TITRE D'UNE REPRISE D'ACTIVITE A TEMPS PARTIEL (MI TEMPS THERAPEUTIQUE) 45
2.5.1. Les conditions de l'indemnisation pendant le temps partiel thérapeutique 45
2.5.1.1. Une indemnisation conditionnée par un arrêt de travail initial à temps complet au titre d'une maladie non professionnelle 46
2.5.1.2. Durée de l'indemnisation pendant le temps partiel thérapeutique suite à un arrêt complet 46
2.5.1.3. Absence de délai de carence 47
2.5.2. Le calcul de l'indemnité journalière maintenue pendant le temps partiel thérapeutique 48
2.6. L'INDEMNISATION DE LA FEMME MARIN DU FAIT DE SA GROSSESSE 49
2.6.1. Arrêt de travail lié à une grossesse pathologique ou des suites d'une grossesse pathologique 49

2.6.2. Arrêt de travail lié la reconnaissance d'une inaptitude à la navigation pour fait de grossesse 50
2.6.2.1. L'allocation journalière à la charge de l'Enim pour les femmes marins salariées 50
2.6.2.2. L'allocation journalière à la charge de l'Enim pour les femmes marins non-salariées 51
2.6.2.3. Montant de l'allocation journalière versée par l'Enim 51
2.7. LE MONTANT DES PRESTATIONS EN ESPECES AU TITRE D'UNE MCN ET D'UN ACCIDENT OU MALADIE NON LIE A UN RISQUE PROFESSIONNEL. 51

Le décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins a été modifié par l
article 5, afin de tenir compte de la mise en place de la protection maladie universelle (PUMa).

Modifications intervenues dans le décret du 17 juin 1938		
Texte modificateur : article 5 du décret n°2018-1258 du 27 décembre 2018		
Articles du d	Statut des ar	Thématique
25	abrogé	Conditions de remboursement des prestations en nature
26	abrogé	Conditions de remboursement des prestations en nature
29 I	abrogé	Cotisation pour l'ouverture des droits aux prestations en nature
30	abrogé	Limites tarifaires prestations en nature
31	abrogé	Cotisation pour l'ouverture des droits aux prestations en nature
31 a	modifié	Arrêts maladie tardifs
32	abrogé	Soins à domicile
36	modifié	Ayants droit
37	abrogé	Prestations des ayants droit
38	abrogé	Prestations des ayants droit

La maladie représente un risque qui affecte les capacités physiques et psychiques des personnes.

Le régime d'assurance maladie a un double objectif :

- Couvrir les frais de santé que les assurés doivent engager pour accéder aux soins pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit ;

- Verser sous certaines conditions d'activité ou de cotisations, un revenu de remplacement, lorsque la maladie liée à un risque non professionnel, oblige l'assuré à cesser son activité temporairement.

  Ce revenu de remplacement est versé sous forme d'indemnités journalières appelées prestations en espèces.

La présente instruction a vocation à présenter le dispositif de versement des prestations maladies versées par le régime des marins <u>au titre d'un risque non professionnel</u>, ce qui englobe :

La maladie ordinaire (maladie non professionnelle) ;

Les accidents non professionnels (évènements soudains intervenus à une date certaine, provoquant une blessure sans rapport avec le travail maritime ou dont l'imputabilité au travail n'est pas établie ;

La maladie cours navigation (altération physique qui provoque des symptômes pendant un embarquement et n'est pas causé par un fait extérieur intervenu à une date certaine) qui est un dispositif spécial, applicable aux marins.

Cf annexe 3

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTE

1.1. LES PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE

Instituée par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, la protection maladie universelle (PUMa) qui se substitue à la CMU, est en vigueur depuis le 1er janvier 2016.

L'article L.111-2-1 I du code de la sécurité sociale prévoit en effet que :

« I.-La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.

L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'Etat.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie ».

Avec la PUMa, la prise en charge des frais de santé n'est plus subordonnée au versement d'un minimum de cotisations ou à l'accomplissement d'une activité minimale.

Par ailleurs, la notion d'ayant-droit est réduite. Le rattachement d'un ayant-droit majeur à un assuré est supprimée, ce dernier étant désormais assuré en son nom personnel.

Seul l'ayant droit mineur subsiste.

1.2. LES ASSURES BENEFICIAIRES DES FRAIS DE SANTE

1.2.1. Les conditions requises pour avoir la qualité d'assuré et bénéficier des frais de santé

En application de **l'article L.160-1 du code de la sécurité sociale**, *« Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, peut se voir reconnaitre la qualité d'assuré social, et bénéficier en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé ».*

L'assuré doit donc remplir les 2 conditions alternatives suivantes :

- Soit exercer une activité professionnelle en France ;
- Soit justifier **cumulativement** d'une résidence stable **et** régulière (ce dernier critère étant applicable aux seuls étrangers hors UE).

1.2.1.1. Condition d'exercice d'une activité professionnelle

L'article L.111-2-2 du code de la sécurité sociale prévoit que *« Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, **sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale d**ans le cadre du présent code, **quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :***

1° Qui exercent sur le territoire français :

a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France ;

b) Une activité professionnelle non salariée ;

2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationale ».

Dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa), **toute** personne travaillant en France bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé dès le début d'activité.

De ce fait, les conditions d'ouverture des droits sont simplifiées.

Les assurés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, pour le versement des frais de santé, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les droits sont ouverts dès la 1ère heure d'activité.

- **Conditions de travail en France applicables aux travailleurs étrangers**

  - Travailleur hors UE, EEE ou Suisse

Un travailleur de nationalité hors UE, venant en France pour exercer une activité professionnelle, bénéficie dès le début de son activité, de la PUMa, **sous réserve d'avoir un titre de séjour lui permettant de travailler en France.**

L'article L. 5221-2 du Code du travail prévoit que *« Pour entrer en France en vue d'y exercer une profession salariée, l'étranger présente :*

1° Les documents et visas exigés par les conventions internationales et les règlements en vigueur ;

2° Un contrat de travail visé par l'autorité administrative ou une autorisation de travail. »

L'article L 5221-6 du même code rajoute que « La délivrance d'un titre de séjour ouvre droit, dans les conditions fixées aux chapitres III à VI du titre Ier du livre III du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, à l'exercice d'une activité professionnelle salariée. »

En outre, l'article L5221-8 du Code du travail précise que :« L'employeur s'assure auprès des administrations territorialement compétentes de l'existence du titre autorisant l'étranger à exercer une activité salariée en France, sauf si cet étranger est inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi tenue par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1. »

En vertu de ces dispositions, un titre de séjour est exigible pour travailler en France, étant précisé que le régime des titres de séjour est organisé par le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

En plus du titre, une autorisation de travail doit en principe, être délivrée.

L'autorisation est délivrée par le préfet du département dans lequel se trouve l'établissement employeur (via les services déconcentrés de l'État, notamment la DREETS – Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités). Depuis, le 6 avril, la démarche est entièrement dématérialisée et doit être initiée par l'employeur sur le portail officiel de l'Administration numérique pour les étrangers en France (ANEF).

En effet, **l'article R.5221-1 du code du travail** prévoit que la production d'une autorisation de travail est requise pour

- L'étranger non ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ;

- L'étranger ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne pendant la période d'application des mesures transitoires relatives à la libre circulation des travailleurs.

Situation de l'assuré étranger non européen résidant légalement dans un pays de l'UE et voulant résider en France pour y travailler.

Des dispositions particulières régissent le cas où un ressortissant étranger hors UE, détient un titre de séjour longue durée UE et souhaite résider dans un autre pays membre.

La directive européenne N°2003/109/CE du 25 novembre 2003 présentant les dispositions relatives au statut des ressortissants des pays tiers résidents de longue durée, a été transposée en France et est alors applicables depuis 2006.

Dans son article N°14, elle pose le principe selon lequel :

« 1. Un résident de longue durée acquiert le droit de séjourner sur le territoire d'États membres autres que celui qui lui a accordé son statut de résident de longue durée, pour une période dépassant trois mois, pour autant que les conditions fixées dans le présent chapitre soient remplies.

2. Un résident de longue durée peut séjourner dans un deuxième État membre pour l'un des motifs suivants :

a) exercer une activité économique à titre salarié ou indépendant ;

b) poursuivre des études ou une formation professionnelle ;

c) à d'autres fins. (…) »

Les articles N°15 et suivants posent les conditions de séjour pour en bénéficier et sont repris dans les articles L426-11 à L426-16 et R426-4 à 426-6 du CESEDA.

En vertu de l'article L 426-11 dudit code *« L'étranger titulaire de la carte de résident de longue durée-UE, définie par les dispositions de la directive 2003/109/ CE du Conseil du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée, accordée dans un autre Etat membre de l'Union européenne, et qui justifie de ressources stables et suffisantes pour subvenir à ses besoins et, le cas échéant, à ceux de sa famille, ainsi que d'une assurance maladie obtient, sous réserve qu'il en fasse la demande dans les trois mois qui suivent son entrée en France, et sans que la condition prévue à l'article L. 412-1 soit opposable:*

1° La carte de séjour temporaire portant la mention portant la mention " salarié ", " travailleur temporaire " ou "

entrepreneur/ profession libérale " s'il remplit les conditions prévues aux articles L. 421-1, L. 421-3 ou L. 421-5 (…) »

Aussi, pour obtenir une carte de séjour temporaire salarié, le ressortissant étranger disposant d'une carte de résident longue durée UE doit être titulaire d'une autorisation de travail et d'un visa de long séjour valant titre de séjour « salarié » s'il est en CDI « temporaire » s'il est en CDD.

Ce visa est délivré après obtention de l'autorisation de travail.

Il doit effectuer sa demande auprès de la préfecture dans le délai de trois mois à compter de son arrivée sur le territoire

Français.

A réception de cette carte, le travailleur est en mesure d'exercer son activité professionnelle légalement en France, d'être affilié à l'Enim et de percevoir des frais de santé.

Depuis le 1er avril 2021, l'autorisation provisoire de travail (APT) n'existe plus. L'employeur doit demander une autorisation de travail pour embaucher un salarié étranger. A défaut, il se rend coupable de travail dissimulé.

- Travailleur salarié, ressortissant de l'UE, EEE ou Suisse

Le travailleur qui vient travailler en France a droit à la PUMa et donc aux frais de santé dès le début de son activité.

Le marin travaillant en France mais résidant dans un autre pays de l'UE peut bénéficier des frais de santé dans son état de résidence, dans les conditions prévues par la législation locale de sécurité sociale

Pour ce faire, il doit demander à l'Enim, le document portable S1 « Inscription en vue de bénéficier de prestations de l'assurance maladie » et le remettre à la caisse d'assurance maladie de son lieu de résidence. Les prestations sont servies dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés locaux.

Conservant la qualité d'assuré auprès de l'Enim, le marin continue de bénéficier de la prévoyance des marins pour tous les frais de santé reçus en France.

1.2.1.1.1. Les marins actifs

Par principe, bénéficient des frais de santé de la part du régime spécial des marins, les marins en activité qui sont affiliés et cotisent au régime d'assurance vieillesse des marins.

L'article 2 du décret du 17 juin 1938 prévoit en effet que *« sont obligatoirement affiliés à la caisse de prévoyance des marins, les marins français et étrangers dont les services donnent lieu à cotisations à la caisse de vieillesse des marins ».*

Or, sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins, en application de l'article L.5551-1 du code des transports, les marins suivants :

- Les gens de mer salariés ou non-salariés exerçant une activité directement liée à l'exploitation du navire et embarqués sur un navire battant pavillon français et exerçant leur activité dans les secteurs du commerce, de la pêche et des cultures marines et de la plaisance ;

- Les gens de mer salariés ou non-salariés exerçant une activité directement liée à l'exploitation du navire, résidant en France de manière stable et régulière et embarqués sur un navire battant pavillon d'un Etat étranger.

A noter qu'avec la codification du code des transports, le critère de la nationalité n'existe plus. Cette notion toujours mentionnée dans l'article 2 du décret du 17 juin 1938 n'est plus à prendre en considération pour affilier un marin au régime d'assurance vieillesse des marins.

Pour plus de précisions sur l'affiliation des marins : 🕮 « l'instruction relative à l'affiliation des marins professionnels ».

Par exception, peuvent bénéficier des frais de santé, alors qu'ils ne cotisent pas à l'assurance vieillesse des marins, les marins étrangers non communautaires embarqués sur navires battant pavillon français (hors RIF) qui en vertu d'une convention internationale ou des règlements européens ne cotisent pas au régime d'assurance vieillesse et ne concourent pas à pension **(art 2 alinéa 2 et article L.5552-3 du code des transports.)**

- **Situation des marins qui exercent simultanément une activité relevant du régime général (situation de pluriactivité)**

Aux termes de l'article D.171-4 du CSS, *« Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 qui sont affiliés simultanément, au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, au régime général et à un régime spécial bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues à l'article D. 160-15 ».*

Pour la prise des frais de santé, il doit donc être fait application de **l'article D.160-15 mais également de l'article L 160-18 auquel renvoie le D.160-15** et qui prévoit que : « (…). *Le changement d'organisme de rattachement est effectué à l'initiative du bénéficiaire de la prise en charge mentionnée à l'article L. 160-1 ou, dans des conditions fixées par décret, par l'organisme (…) après en avoir informé le bénéficiaire : (…) Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité le conduisant à relever d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ; »*

Ainsi, l'assuré choisit le régime auquel il souhaite être rattaché pour le versement de ses frais de santé (droit d'option)

A défaut, l'organisme compétent est désigné selon les règles suivantes :

- Cas où l'assuré relève initialement du régime spécial des marins (« premier ») et cumul avec une activité salariée auprès du régime général : En application du deuxième alinéa de l'article D. 160-15 du CSS, l'organisme chargé de la gestion des frais de santé reste de la compétence de l'Enim.

- Cas où l'assuré relève initialement du régime général (« premier ») et cumul avec une activité nouvelle auprès du régime spécial des marins (« second ») : En application du 3° de l'article L. 160-18 du CSS, lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité le conduisant à relever d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 du CSS (régime des marins), c'est le régime spécial (Enim) qui est responsable du service des prestations de l'assuré.

Dès lors que le marin n'opte pas pour un régime de rattachement (formulaire « droit d'option auprès du régime compétent pour prendre en charge les frais de santé des assurés polyactifs ou polypensionnés), il revient toujours à l'Enim de verser les frais de santé, qu'il soit 1er ou second régime d'affiliation.

Remarque : Les articles L. 160-18 et D. 160-15 du CSS prévoient les règles de mutation/substitution automatiques entre les régimes de rattachement, étant précisé qu'il faut les lire comme concernant non seulement la succession d'affiliations (régime 1er puis régime second) mais aussi la concomitance d'affiliations (régime 1er et régime second).

1.2.1.1.2. Les marins en recherche d'emploi

Toute personne en situation de recherche d'emploi et bénéficiaire des allocations chômage d'aide de retour à l'emploi est considérée comme active et bénéficie d'une prise en charge par le régime dans lequel elle a exercé sa dernière activité.

A ce titre, le marin en recherche d'emploi et bénéficiaire des allocations chômage d'aide de retour à l'emploi, perçoit de la part de l'Enim, des prestations dues au régime de prévoyance des marins et donc des frais de santé, au titre des accidents et maladies non liés à un risque professionnel, pendant toute la durée d'indemnisation par France Travail.

1.2.1.1.3. Les stagiaires de la formation professionnelle continue

L'article L.6342-1 du code du travail prévoit que *: « Toute personne qui suit un stage de formation professionnelle continue en vertu du présent livre est obligatoirement affiliée à un régime de sécurité sociale.*

Le stagiaire qui, avant son stage, relevait, à quelque titre que ce soit, d'un régime de sécurité sociale, reste affilié à ce régime pendant la durée de son stage.

Celui qui ne relevait d'aucun régime est affilié au régime général de sécurité sociale.

Toutefois, des exceptions peuvent, par décret, être apportées à la règle posée par les deuxième et troisième alinéas lorsque le stage de formation suivi prépare exclusivement et directement à une profession relevant d'un régime de sécurité sociale plus favorable que le régime général »

Il résulte de cet article, que sont affiliés au régime des marins et bénéficient des frais de santé versés par le régime des marins :

- Les anciens marins qui deviennent stagiaires de la formation professionnelle continue même si cette formation n'est pas maritime ;

- Les stagiaires de la formation professionnelle maritime.

1.2.1.1.4. Situation du conjoint collaborateur

Le conjoint collaborateur d'un marin bénéficie des frais de santé au titre des accidents et maladies non liés à un risque professionnel.

En revanche, il ne peut être pris en charge au titre d'une MCN puisqu'il n'a pas la qualité de marin et ne peut naviguer.

📖 **Le conjoint collaborateur d'un marin bénéficie de la couverture prévoyance servie par le régime des marins dans les conditions décrites par « *l'instruction en vigueur relative au statut de conjoint collaborateur ».***

1.2.1.2. Condition de résidence stable et régulière

1.2.1.2.1. Situation du marin justifiant d'une résidence stable en France

<u>A défaut d'activité</u>, le marin doit justifier d'une résidence stable et régulière en France.

Ces conditions sont appréciées selon les règles prévues à **l'article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale** qui prévoit que *« Un décret en Conseil d'Etat précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1 ».*

En application de l'article R.111-2 du code de la sécurité sociale ***:« Pour bénéficier des prestations mentionnées aux articles L. 160-1, L. 356-1, L. 512-1, L. 815-1, L. 815-24, L. 861-1*** *ainsi que du maintien du droit aux prestations en espèces prévu par l'article L. 161-8,* ***sont considérées comme résidant en France de manière stable les personnes qui ont leur foyer ou le lieu de leur séjour principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint Martin. Cette disposition n'est pas applicable aux ayants droit mineurs pour la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie et de maternité dans les cas prévus par les conventions internationales et les règlements européens.***

Le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans l'une des collectivités d'outre-mer mentionnées au premier alinéa ait un caractère permanent.

Sous réserve qu'elles n'aient pas transféré leur résidence hors des territoires mentionnés au premier alinéa, sont réputées avoir en France le lieu de leur séjour principal, les personnes qui séjournent personnellement et effectivement sur le territoire métropolitain ou dans l'une des collectivités d'outre-mer mentionnées au premier alinéa. :

1° Pendant plus de neuf mois au cours de l'année civile de versement pour les prestations mentionnées aux articles L. 512-1 et L. 815-1 ainsi qu'à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° Pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement pour les autres prestations mentionnées au premier alinéa.

La résidence en France peut être prouvée par tout moyen ».

En outre**, l'article D.160-2 alinéa 1er** prévoit que « Les personnes qui demandent à bénéficier de la prise en charge des frais de santé en application des dispositions de l'article L. 160-5 doivent produire un justificatif démontrant qu'elles résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois »

Il en résulte que pour une ouverture des droits aux frais de santé, une condition de résidence est requise (Métropole, Dom et Saint Martin, Saint Barthélémy).

L'assuré doit y résider personnellement et en permanence (au moins 3 mois non interrompus pour une ouverture des droits).

Lorsque le droit est ouvert, ce droit est maintenu sous réserve de résider en France, au moins 6 mois dans l'année du versement des prestations.

C'est à l'assuré de prouver la réalité de la résidence en France.

A compter du 1er janvier 2026, les assurés affiliés sur critère de résidence, sont soumis, sous réserve de conventions internationales et règlements européens, au paiement d'une participation forfaitaire créée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (art 53) et dont le dispositif est codifié dans un nouvel article L.160-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, une participation financière est exigée des personnes qui résident en France de manière stable et régulière, qui sont sans activité professionnelle et qui ne sont pas redevables, en application d'accords internationaux, de la

contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la cotisation d'assurance maladie.

En effet, la PUMa permettant la prise en charge par l'assurance maladie française des frais de santé en cas de maladie et de maternité, le législateur a estimé qu'il était juste qu'en retour, ses bénéficiaires participent à la solidarité nationale, sur laquelle se fonde notre système de santé.

Ce dispositif s'applique sans préjudice des dispositions des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale et des conventions bilatérales de sécurité sociale auxquelles la France est partie.

Un décret en Conseil d'État doit déterminer les modalités de mise en œuvre de cette participation, notamment son montant, ses voies de notifications et procédés de recouvrement.

Ce décret (qui n'est pas encore paru) déterminera en outre, les modalités relatives à la suspension du droit à la prise en charge des frais de santé en cas d'absence de paiement de cette participation.

1.2.1.2.1.1. Situation des pensionnés

En application de l'article 2 dernier alinéa du décret du 17 juin 1938, « Les personnes titulaires de pensions ou de rentes sur les caisses de l'établissement national des invalides de la marine sont affiliées à la caisse générale de prévoyance dans les conditions fixées à l'article 55-1 ci-dessous »

L'article 55-1 du décret du 17 juin 1938 prévoit quant à lui que : « Les pensionnés et allocataires de la caisse de retraites des marins et de la caisse générale de prévoyance résidant en métropole, dans un département d'outre-mer ou dans le territoire d'outre-mer de la Polynésie française, ou bénéficiaires d'un accord international de sécurité sociale le prévoyant expressément qui n'effectuent aucun travail comportant par lui-même affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans les conditions prévues aux chapitres II, III et IV du titre III ».

Ainsi, le titulaire de pensions ou allocation servies par l'Enim (cessation anticipée d'activité amiante, pension d'invalidité accident, pension d'invalidité maladie, pension d'invalidité pour maladie professionnelle, pension de retraite anticipée, pension de vieillesse) reste affilié au régime de prévoyance des marins et bénéficie de la prise en charge des frais de santé, sauf s'il est en situation de cumul emploi retraite et exerce une activité lui permettant de bénéficier des prestations servies par un autre régime obligatoire de sécurité sociale.

- **Les poly-pensionnés**

En application de l'article L.171-6 2° du code de la sécurité sociale, « Des règles de coordination sont instituées, par décret, entre régimes d'assurance maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui (…) sont titulaires de plusieurs pensions servies soit par des régimes de travailleurs salariés, soit par des régimes de travailleurs salariés et non-salariés, soit par des régimes de travailleurs non-salariés ».

Ces règles de coordination sont prévues par l'article D.160-16 du code de la sécurité sociale lequel prévoit que :

« I.-Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 171-6 bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans celui de ces régimes dont elles relevaient jusqu'à la date à laquelle a débuté leur situation de cumul, si elles continuent de remplir les conditions pour être affiliées à ce régime.

II.-Elles peuvent néanmoins opter pour l'un des régimes auxquelles elles sont nouvellement affiliées, sauf au titre de la perception d'une pension de réversion.

L'exercice de cette option est obligatoire dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1° Lorsqu'elles sont affiliées à au moins un régime à un titre qui diffère de la perception d'une pension de réversion et qu'elles relevaient de leur régime antérieur au titre de la perception d'une pension de réversion ;

2° Lorsqu'elles cessent de remplir les conditions pour être affiliées à leur régime antérieur. Dans ce cas, si elles n'ont pas d'activité et ne perçoivent que des pensions de réversion, l'option mentionnée au premier alinéa est étendue à l'ensemble des régimes leur versant des pensions.

L'option mentionnée au premier alinéa du présent II est exercée dans les conditions prévues par les dispositions des deux derniers alinéas de l'article D. 160-15.

III.-Par dérogation au II, l'option, au titre de la perception d'une pension, pour un des régimes spéciaux relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24, est réservée aux assurés justifiant d'une ancienneté minimale, en tant qu'actif, de quinze années dans ce régime ».

L'assuré qui a été affilié à plusieurs régimes de retraite, bénéficie des frais de santé de la part du régime de sa dernière activité.

Toutefois, le pensionné peut opter pour le remboursement de ses frais de santé par un autre régime, sauf le régime qui verse une pension de réversion.

Enfin, l'option, au titre de la perception d'une pension par un régime spécial, est réservée aux assurés justifiant d'une ancienneté minimale, en tant qu'actif, de quinze années dans ce régime.

Ainsi, le marin pensionné peut demander que ses frais de santé lui soient versés par l'Enim, sous réserve qu'il ait eu une activité maritime pendant au moins 15 ans.

- **Les pensionnés en cumul emploi-retraite**

Les assurés cumulant emploi et retraite sont pris en charge par le régime dont ils relèvent au titre de leur activité professionnelle sous réserve que cette activité soit suffisante pour leur ouvrir des droits aux prestations en espèces dans ledit régime (articles L.160-18 et D.160-15 du code de la sécurité sociale).

A défaut, le régime compétent pour servir les frais de santé est le régime versant la pension.

1.2.1.2.1.2. Situation du conjoint du marin sans activité

Le conjoint du marin (marié, pacsé ou concubin) qui n'exerce pas d'activité, est un assuré « autonome » du fait de la PUMa.

S'agissant du régime d'affiliation, depuis le 1er janvier 2019 et en application du décret n° 2018-1258 du 27 décembre 2018 modifiant l'article D160-14 du code de la sécurité sociale, les conjoints sont affiliés :

- Soit au régime dont ils relevaient, au titre de l'activité la plus récente, s'ils ont exercé une activité professionnelle
- Soit au régime général, s'ils n'ont jamais exercé d'activité professionnelle

Il en résulte que les conjoints de marins sans activité, sont rattachés soit au régime général soit au régime auprès duquel ils ont été rattachés pour une activité professionnelle mais ils ne peuvent relever du régime des marins, étant précisé qu'en application de l'article L160-18 du code de la sécurité sociale « , En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet.

Le changement d'organisme de rattachement est effectué à l'initiative du bénéficiaire de la prise en charge mentionnée à l'article L. 160-1 ou, dans des conditions fixées par décret, par l'organisme mentionné aux premier, deuxième ou troisième alinéas de l'article L. 160-17, après en avoir informé le bénéficiaire »

La possibilité qui prévoyait que les assurés inactifs pouvaient opter pour être rattachés au régime de leur conjoint, concubin, ou partenaire n'est plus permise.

1.2.1.2.1. Résidence régulière (condition requise pour les seuls assurés de nationalité étrangère, hors UE)

Pour bénéficier des frais de santé, les personnes de nationalité étrangère doivent justifier, à la date de leur affiliation **(article L.115-6 du code de la sécurité sociale**), de leur situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou de leur détention d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour.

L'article L.161-25-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que *« Les personnes de nationalité étrangère ont droit et ouvrent droit aux prestations d'assurances maladie, maternité et décès si elles remplissent les conditions fixées par l'article L. 115-6 pour être affiliées à un régime de sécurité sociale ».*

Les articles R. 114-10 et R. 111-10-1 du code de la sécurité sociale détaillent les modalités du contrôle de la stabilité de la résidence en France et de la fermeture éventuelle des droits qui en découlent (cf point 1.6).

1.2.2.2. Exception à la condition de résidence stable et régulière pour les pensionnés domiciliés à l'étranger

Une exception importante à la condition de résidence stable et régulière est prévue par l'article L. 160-3 du CSS.

Elle concerne des personnes pensionnées d'un régime français qui ne résident plus en France mais qui peuvent bénéficier lors de leur séjour temporaire en France, de la prise en charge des frais de santé engagés.

Cette exception se justifie par le fait que ces personnes, quelle que soit leur nationalité et quand bien même elles ne résident plus en France, ont travaillé et contribué au système d'assurance maladie (cotisations sociales et CSG) et peuvent d'ailleurs continuer de le faire puisque des cotisations spécifiques (Cotisation d'assurance maladie) sont toujours prélevées à cette fin sur leurs pensions de non-résidents.

Ainsi, l'article L.160-3 du Code de la sécurité sociale prévoit que : « Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles.

Sous réserve des dispositions relatives au séjour temporaire prévues dans les règlements européens et les conventions internationales de sécurité sociale ou des dispositions, applicables dans les Etats dans lesquels ces personnes résident, prévoyant une prise en charge des soins dispensés hors de leur territoire, **les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent :**

a) Aux personnes mentionnées aux 1° à 3°, lorsque la France est exclusivement compétente pour la prise en charge des soins de santé dispensés dans l'Etat dans lequel elles résident en vertu des conventions internationales de sécurité sociale ;

b) Aux personnes mentionnées aux 1° et 3°, non mentionnées au a et dont la pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années au titre d'un régime français ;

c) Aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées aux a et b »

1.2.2.2.1. Le pensionné doit bénéficier de certaines pensions, rentes ou allocations.

Pour un pensionné de l'Enim, sont visées :

- Les pensions de vieillesse,
- Les pensions de réversion,
- Les pensions d'invalidité
- Les pensions de vieillesse substituées.

1.2.2.2.2 Le pensionné doit justifier d'une durée de cotisations

Depuis le 1er juillet 2019, le pensionné doit justifier d'une durée d'assurance d'au moins 15 ans.

Toutefois, en application de l'article 92 de la LFSS pour 2022, les pensionnés qui bénéficiaient déjà de la prise en charge de leurs frais de santé avant le 1er juillet 2019 continuent d'en bénéficier après cette date à condition de totaliser une durée d'assurance supérieure ou égale à 10 années au titre d'un régime français de sécurité sociale.

Exception à la durée de cotisations : Existence d'une convention bilatérale de sécurité sociale qui prévoit :

Soit la prise en charge des frais de santé engagés en France lors d'un séjour temporaire, par des pensionnés résidant en (Andorre, Monaco, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Québec, Saint Pierre-et-Miquelon),

Soit la compétence exclusive de la France pour la prise en charge des soins de santé dispensés aux pensionnés et dont l'État de résidence habituelle est la Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Macédoine, Serbie, Monténégro, Maroc, Tunisie.

Il faut en outre que les personnes soient « mono-pensionnées », c'est-à-dire qu'elles reçoivent uniquement une pension de la France et aucune pension de leur État de résidence (n'ont toutefois pas à remplir cette exigence les personnes résidant à Monaco, en Nouvelle-Calédonie et au Québec).

(C.f. annexe de l'instruction n°DSS/DACI/2019/173 du 1er juillet 2019).

1.3 LES ENFANTS DU MARIN BENEFICIAIRES DES FRAIS DE SANTE

Sous l'effet de la mise en place de la PUMa, le statut d'ayant droit majeur a été supprimé.

Tout enfant majeur peut donc demander à être affilié en tant qu'assuré à titre personnel dès lors qu'il réside en France de manière stable et régulière.

Seuls les enfants mineurs du marin sont maintenus ayants droit.

1.3.1 Les enfants mineurs du marin restent ayants-droit

L'article L.160-2 du code de la sécurité sociale prévoit que « Par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou enfants recueillis.

Le statut d'ayant droit prend fin, à une date fixée par décret, l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité.

L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de

l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité ».

Seuls, peuvent être considérés comme ayants droit, les enfants mineurs du marin, qu'il s'agisse d'enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont le marin est tuteur, ou recueillis.

Pour relever du statut d'ayant droit, l'enfant mineur doit répondre aux conditions suivantes :

- Être à la charge du marin,
- Ne pas exercer d'activité professionnelle,
- Ne pas avoir demandé à partir de 16 ans, à bénéficier de la prise en charge des frais de santé, à titre personnel.

Le statut d'ayant droit prend fin le jour où l'enfant atteint ses 18 ans en application de l'article D.160-1 du code de la sécurité sociale.

1.3.2 Les enfants majeurs du marin jusqu'à 24 ans sont assurés personnels

En application de l'article D.160-14 du code de la sécurité sociale auquel renvoie l'article 36 du décret du 17 juin 1938 modifié, ils sont assurés personnels.

En effet, l'article 36 du décret du 17 juin 1938 prévoit que : « Bénéficient de l'assurance les enfants de marins mentionnés au 5° de l'article D. 160-14[1] du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 160-2 du même code. »

L'Article D.160-14 5° du code de la sécurité sociale quant à lui prévoit que :« La prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité est assurée (…) pour les enfants jusqu'au mois au cours duquel ils atteignent l'âge de 24 ans, par les organismes chargés de la gestion du régime du ou des assurés auxquels l'enfant est ou était rattaché ou à défaut, par les organismes chargés de la gestion du régime général de sécurité sociale, à condition qu'ils n'aient jamais relevé du 1° ;**».**

Les enfants du marin peuvent être affiliés à l'Enim, à titre personnel, au plus tard jusqu'à leurs 24 ans et sous réserve de ne pas exercer une activité professionnelle, en dehors du champ maritime.

1.4 LES FRAIS DE SANTE REMBOURSABLES

1.4.1 Frais de santé au titre d'une maladie hors navigation

Sont pris en charge par l'Enim, les prestations visées aux articles L.160-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Avec l'abrogation des articles 25, 26, 30 et 32 du décret du 17 juin 1938 par le décret n°2018-1258 du 27 décembre 2018 portant simplification de la gestion des droits pour la prise en charge des frais de santé, les dispositions prévues au livre I du code de la sécurité sociale (dispositions communes à tout ou partie des régimes de base) sont applicables directement au régime des marins.

Sont visés, les actes prévus à l'article L.160-8 du code de la sécurité sociale, à savoir :

- - les actes médicaux et paramédicaux,

- - les actes de biologie,
- - les médicaments et spécialités pharmaceutiques,
- - les soins et prothèses dentaires,
- - les frais de transport, et autres frais de santé comme les frais d'appareillage, optiques ou cures thermales…).

La prise en charge se fait dans les mêmes conditions et aux mêmes tarifs que pour les assurés du régime général de sécurité sociale.

A ce titre, le marin est soumis comme tout assuré, au paiement des participations et franchises médicales prévues par les articles L.160-13 et suivants du Code de la sécurité sociale, ces articles étant applicables aux marins en application de l'article L.711-7 du code de la sécurité sociale qui prévoit que « La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 160-13 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. Il en est de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L. 160-13 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1 ».

Le dispositif des participations forfaitaires prévu à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale).

Prestations concernées

Une participation forfaitaire est laissée à la charge de l'assuré :

- à chaque acte, chaque consultation médicale, sauf dans le cadre d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées.
- à tout acte de radiologie ou de biologie médicale.

Montant des participations forfaitaires

Depuis le 18 février 2024 ; la participation forfaitaire est fixée à 2 euros par acte (art R.160-19 du CSS modifié par le décret n°2024-113 du 16 février 2024).

Nombre annuel de participations forfaitaires

Depuis le 1er octobre 2026, le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est rehaussé.

Il est désormais fixé à 35, au lieu de 25 auparavant (article D160-6 alinéa 1er du CSS modifié par l'article 1er du Décret n° 2026-858 du 11 septembre 2026 relatif à la participation annuelle maximale des assurés aux frais de santé, et préservant les exemptions en raison notamment des ressources, d'un âge inférieur à 18 ans ou d'une grossesse, mentionnée aux II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale).

Les participations sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, il ne peut être retenu plus de 4 participations forfaitaires par jour et par médecin (article D.160-8 CSS).

Plafond annuel des participations forfaitaires

Depuis le 1er octobre 2026, le plafond annuel des participations forfaitaires est revalorisé.

Le plafond annuel est réhaussé et passe de 50 euros à 70 euros. (Combinaison des articles R.160-19 et D.160-6 du CSS).

En outre, à compter du 1er janvier 2028, le nombre annuel des participations sera revalorisé, chaque année pour tenir compte de l'inflation.

L'article D.160-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 1er du décret n°2026-858 du 11 septembre 2026 est complété d'un alinéa qui prévoit que *« Ce nombre est augmenté au 1er janvier de chaque année. Cette augmentation est réalisée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation. Le nombre obtenu par application de ce coefficient est arrondi à l'entier le plus proche, une fraction de 0,5 étant comptée pour 1. Lorsque, en raison de cet arrondi, l'application du coefficient ne conduit pas à augmenter ce nombre, le coefficient calculé pour l'année suivante tient compte de l'ensemble des indices mensuels d'évolution des prix à la consommation depuis le mois précédant sa dernière revalorisation effective jusqu'à l'avant-dernier mois précédant la date de revalorisation ».*

Personnes exonérées

Enfants et jeunes de moins de 18 ans

Femme enceinte (du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement)

Personne qui bénéficie de la complémentaire santé solidaire

Bénéficiaire de l'AME

Invalides de guerre

Le décret n° 2026-858 du 11 septembre 2026 préserve les exemptions en raison des ressources, âge ou grossesse.

A noter que le fait d'être en ALD, ou de percevoir une pension d'invalidité ou une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle n'exonère pas l'assuré de la participation forfaitaire.

Dispositif des franchises médicales prévues à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale

En plus des participations forfaitaires, une franchise médicale annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour chaque acte et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Elle est due sur :

- Les médicaments
- Les actes des auxiliaires médicaux soit en ville soit dans un établissement ou centre de santé (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue),
- Les transports sanitaires
- Les prestations effectuées par un pharmacien d'officine

La franchise médicale ne concerne pas :

- Les médicaments prescrits lors d'une hospitalisation
- Les actes paramédicaux effectués lors d'une hospitalisation.
- Les transports d'urgence.

Montant

Depuis le 31 mars 2024, en application de l'article D.160-9 du code de la sécurité sociale pour les 2 premières catégories, (médicaments et actes des auxiliaires médicaux), la franchise est fixée à 1 euro.

Pour les transports, elle est fixée à 4 euros par trajet.

Lorsque plusieurs actes sont effectués dans la même journée sur un même patient, le montant total de la franchise ne peut dépasser 4 euros par jour pour les actes effectués par les auxiliaires médicaux, et 8 euros pour les transports sanitaires (un aller-retour correspond à 2 trajets) (article D160-11 CSS).

Plafond annuel des franchises médicales

Au 1er octobre 2026, le montant maximum supporté au titre de la franchise médicale par le bénéficiaire, au cours d'une année civile st relevé 50 à 70 euros. (article D.160-10 modifié).

En outre, à compter du 1er janvier 2028, ce plafond annuel sera revalorisé.

En effet, l'article D.160-10 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 2 du décret n°2026-858 du 11 septembre 2026 est complété d'un alinéa qui prévoit quant à lui que *« Ce montant est revalorisé au 1 er janvier de chaque année sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation. Il est arrondi à l'entier pair le*

plus proche. Lorsque, en raison de cet arrondi, l'application du coefficient ne conduit pas à augmenter ce montant, le coefficient calculé pour l'année suivante tient compte de l'ensemble des indices mensuels d'évolution des prix à la consommation » depuis le mois précédant sa dernière revalorisation effective jusqu'à l'avant-dernier mois précédant la date de revalorisation.

Sur la prise en charge des frais de transport

Les articles L.160-1 et L 160-8 du code de la sécurité sociale, intégrés au Livre 1er du code, sont applicables aux marins.

L'article L. 160-8 CSS précise notamment :

« La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales ,y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; (…) »

En application de l'article R.322-10 du Code de la sécurité sociale modifié et applicable à compter du 1er octobre 2026, « Sont pris en charge les frais de transport de 'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer :

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

a) Transports liés à une hospitalisation ;

b) Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée, relevant des 3° et 4° de l'article L. 160-14, et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ;

c) Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;

d) Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 ;

e) Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres ;

f) Transports liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les centres médico-psycho-pédagogiques, mentionnés au 19° de l'article L. 160-14 du présent code.

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

a) Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5,6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 ;

b) Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;

c) Pour répondre à la convocation d'un médecin-expert ou consultant désigné par une juridiction saisie d'une contestation relevant de l'article L. 142-1 exceptés ses 2°, 3° et 7° ou pour se rendre à l'audience de cette juridiction au cours de laquelle une consultation clinique a lieu ;

d) Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1 ;

e) Pour se rendre à la convocation de la commission saisie en application de l'article R. 142-8 ou du médecin désigné par cette dernière en application de l'article R. 142-8-4 ».

Le décret n° 2026-812 du 21 août 2026, publié au Journal officiel le 22 août, a modifié les règles de prise en charge des transports sanitaires par l'Assurance maladie pour les assurés en ALD (modification du 1°b de l'article R322-10 du code de la sécurité sociale).

À compter du 1er octobre 2026, une affection de longue durée (ALD) dite « non exonérante » ne suffit plus, à elle seule, à justifier le remboursement d'un transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance.

Les transports liés aux ALD exonérantes (les affections graves ou invalidantes listées à l'article L. 160-14 du Code de la sécurité sociale) restent pris en charge sur prescription médicale, de même que les autres motifs prévus par la réglementation : hospitalisation, accord préalable pour les longs trajets ou les transports en série, par exemple.

Il ne s'agit donc pas d'une suppression générale du remboursement, mais d'un resserrement des critères.

Frais de transport pour des soins ou des examens au titre de la maladie et accident non professionnel soumis à une autorisation préalable (DAP) du service du contrôle médical.

En application de l'article R.322-10-4 CSS « Est, sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical la prise en charge des frais de transport :

a) Exposés sur une distance excédant 150 kilomètres ;

b) Mentionnés aux e et f du 1° de l'article R. 322-10 ;

c) Par avion et par bateau de ligne régulière.

Dans le cas prévu au a) le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres.

L'absence de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable »

L'article R.322-10-4 du CSS liste de manière exhaustive les situations pour lesquelles une demande d'autorisation préalable est nécessaire à savoir :

- Les transports de longue distance, à savoir de plus de 150 kms (R.322-10 -4 a)
- Les transports en série, visés à l'art R322-10 1°e du CSS, et qui répondent aux conditions suivantes : le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres » (R322-10 1°e)

Et

- Les transports visés à l'article R322-10 1°f du CSS et liés aux soins ou traitements des enfants ou adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et dans les centres médico-psycho-pédagogiques

(CMPP) (R.322-10 4 b)

- Les transports par avion et par bateau (R.322-10 4 c)

Transports pris en charge au titre de la maladie ou d'un accident non professionnel et dispensés d'une DAP

Hormis les cas mentionnés ci-dessus, une DAP n'est pas exigée pour la prise en charge des frais de transport.

Transports en lien avec une ALD

Comme évoqué précédemment, **l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale** énumère les situations dans lesquelles les frais de transport de l'assuré sont pris en charge par l'assurance maladie.

Sont notamment concernés les transports liés aux traitements ou examens prescrits pour les assurés reconnus atteints d'une ALD, sous réserve que l'assuré présente une déficience ou incapacité définie par le référentiel de prescription des transports.

L'article R.322-10-4 du même code prévoit, quant à lui, les cas dans lesquels une demande d'accord préalable est nécessaire.

Sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, cela est notamment requis pour :

Les transports d'une distance de plus de 150 km ;

Les transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km ;

Les transports par avion et par bateau de ligne régulière.

Dans son arrêt du 29 mai 2019, la Cour de cassation a précisé que les transports liés aux traitements ou examens d'une ALD ne sont pas soumis à accord préalable du seul fait qu'ils présentent un caractère répété ou sériel.

Pour ces transports, l'accord préalable n'est requis que dans les cas expressément prévus par les textes, notamment lorsque la distance parcourue est supérieure à 150 kilomètres ou lorsque le transport est effectué par avion ou par bateau de ligne régulière.

Ainsi, lorsque le transport est prescrit dans le cadre du traitement ou des examens liés à l'ALD du patient, que l'assuré dispose d'une prescription médicale et qu'il présente une déficience ou incapacité prévue par le référentiel de prescription des transports, la prise en charge ne peut pas être refusée au seul motif qu'il s'agirait de transports en série sans accord préalable.

En revanche, une demande d'accord préalable demeure nécessaire lorsque le transport excède 150 kilomètres, ou lorsqu'il est effectué par avion ou par bateau de ligne régulière.

À l'inverse, lorsque le transport n'est pas en lien avec l'ALD du patient, les règles de droit commun relatives aux transports en série s'appliquent. Dans ce cas, une demande d'accord préalable est requise dès lors que les conditions prévues par l'article R. 322-10-4 sont réunies.

Frais de transport pour répondre à une convocation du contrôle médical

L'article R322-10 2°b) du CSS précise que les frais de transport *« pour répondre à une convocation du contrôle médical » sont pris en charge par la Caisse ».*

L'article R.322-10-4 exige expressément *« l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations … »*

Or, le contrôle médical n’est pas, par définition, une prestation de santé, et n’est pas cité dans la liste des prestations prises en charge au R322-10 1°.

Il en découle que le transport de plus de 150 km pour se rendre à un contrôle du service médical n’est pas soumis à demande préalable.

Règles applicables aux conditions de prise en charge des frais de transports au titre de la maladie pour les femmes enceintes

L'article R322-10-9 II CSS prévoit que « I. - Les frais de transport mentionnés au 3° de l'article L. 160-9 sont pris en charge par l'assurance maladie pour les femmes enceintes admises dans les conditions de la section 10 du chapitre 1er du titre 1er du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique, dans les cas suivants :

1° Pour se rendre dans une unité de gynécologie obstétrique aux examens médicaux prévus à l'article : L. 2122-1 code de la santé publique et réalisés au cours des huitième et neuvième mois de grossesse ;

2° Pour se rendre sur le lieu d'hébergement temporaire non médicalisé dans les conditions prévues à l'article R 6111-64 du code précité

II. Les transports mentionnés au I sont pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article R. 322-10-1 du présent code. Cette prise en charge est subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical ... »

Ainsi, s'impose un accord préalable pour les transports des femmes enceintes en cas de maternité dans les cas régis par les articles L. 2122-1 et R.6111-64 du Code de la santé publique.

1.4.2 Particularité des frais de santé pour une maladie en cours de navigation (MCN).

- **Frais de santé du 1er jour au 6eme mois révolu (article 27 du décret du 17 juin 1938)**

En application de l'article 27 du décret du 17 juin 1938 *« Les soins sont dus par la caisse jusqu'à guérison et au plus tard jusqu'à l'expiration du délai de six mois à compter du jour où le marin a été laissé à terre ».*

Ce point de départ (jour où le marin est laissé à terre) s'applique lorsque l'employeur est exonéré de la prise en charge des soins et des salaires en application de l'article 3-1 du décret du 17 juin 1938.

Si l'employeur n'est pas exonéré et se trouve redevable des soins et des salaires, pendant l'embarquement puis pendant un mois à compter du jour ou le marin est laissé à terre, en application des article 3 du décret du 17 juin 1938 et L.5542-21 du code des transports, les frais de santé sont pris en charge par l'Enim, à l'issue du 1er mois et jusqu'à la fin du 6éme mois.

En application de l'article 24 du décret du 17 juin 1938, sont pris en charge par le régime de sécurité sociale des marins suite à une MCN, et dans la limite du tarif de responsabilité prévu par le code de la sécurité sociale :

- les frais de séjour à l'hôpital,
- les frais de médecine,
- les frais de transports.

L'assuré doit faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'une maladie ordinaire ou accident non professionnel.

La participation de l'assuré telle que prévue aux articles L.160-13 et D.160-5 du code de la sécurité sociale s'applique aux frais de santé nécessités par une MCN pris en charge par l'Enim en faveur des marins affiliés.

Les frais pharmaceutiques et les frais d'appareillage sont remboursés aux mêmes conditions qu'une maladie ordinaire ou accident non professionnel. Le marin paye le ticket modérateur sauf s'il en est exonéré pour une autre raison.

La prise en charge des frais de santé comme pour une maladie ordinaire ou accident non professionnel s'effectue sans condition de cotisation.

- **Frais de santé à compter du 7eme mois**

L'article 27 a du décret de 1938 prévoit :

« A l'expiration du délai prévu à l'article ci-dessus [délai de 6 mois à compter du jour où le marin a été laissé à terre – article 27], le marin qui, au jour du débarquement, remplissait les conditions de cotisations fixées par l'article 29, pourra continuer à être remboursé, dans les limites du tarif de responsabilité de la caisse, de ses frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation. Ce remboursement sera accordé pour la période durant laquelle l'intéressé percevra l'indemnité journalière en raison de l'incapacité de travail résultant de la maladie cause du débarquement. »

Ainsi, si le marin est toujours en arrêt de travail 6 mois après son débarquement et qu'il perçoit des indemnités journalières des suites de la MCN, dès lors qu'il remplit les conditions de cotisations de l'article 29 II du décret du 17 juin 1938, **il continue à être remboursé dans les limites du tarif de responsabilité prévu par le code de la sécurité sociale, pour tous les frais de santé liés à la MCN (médecins, pharmacie, hôpitaux).**

Le marin continue à en faire l'avance.

L'article 28 a du décret de 1938 précise :

« Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà du délai de six mois, prévu par les articles 27 et 28 ci-dessus, l'indemnité journalière peut être servie jusqu'à l'expiration d'une période de trois années, calculée de date à date à partir du jour où le marin a été laissé à terre, à condition qu'à ce jour l'intéressé ait compté le minimum de cotisations requis par l'article 29 du présent décret. »

Cette prise en charge peut se poursuivre jusqu'au 36ème mois suivant la mise à terre (article 28a du décret de 1938 précité).

Une MCN n'est pas obligatoirement une maladie relevant de l'ALD exonérante. Si elle l'est, la prise en charge s'effectue dans les conditions plus favorables applicables en cas d'ALD : 100% de prise en charge des soins et traitements en lien avec l'ALD dans les conditions prévues aux articles L.160-14 et D.160-4 du code de la sécurité sociale.

1.5. LES FRAIS DE SANTE LIES A DES SOINS DISPENSES A l'ETRANGER

Selon les règles de territorialité, les soins dispensés hors de France aux marins et à leurs ayants droit ne sont pas pris en charge par l'Enim.

Ce principe général interdit tout remboursement automatique, sauf exceptions légales comme le détachement.

Toutefois, face à la mobilité croissante des personnes à l'intérieur de l'Union européenne, les règles communautaires ont dû s'adapter.

Elles ne doivent pas léser les usagers et doivent respecter les prérogatives de chaque Etat qui a ses propres règles de prise en charge et son propre système d'assurance Maladie.

C'est dans ces conditions que **l'article L.160-7 alinéa 2 du code de la sécurité sociale** prévoit des exceptions pour les soins urgents et les soins non disponibles en France avec des conditions différentes selon que les soins sont dispensés dans le cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse, ou hors Union européenne, espace économique européen et Suisse.

Les règlements traitent différemment les soins appelés « inopinés », c'est-à-dire ceux qui surviennent alors qu'ils n'étaient pas prévus et les soins dits « programmés », c'est-à-dire ceux qui relèvent d'une volonté du patient d'aller se faire soigner à l'étranger.

Sont ainsi considérés comme « inopinés » les soins reçus lors de voyages ou de vacances ou de séjours dans un pays étranger, c'est-à-dire lorsque le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.

Au contraire, on parle de soins « programmés » lorsque le but du voyage dans un pays étranger est constitué par la décision de s'y faire soigner.

1.5.1. Les soins inopinés

Sont inopinés, les soins qui doivent être réalisés pendant le séjour car nécessaires du point de vue médical.

1.5.1.1. Soins dispensés dans le cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse pendant un séjour dans un pays de l'union Européenne

Pour faciliter la prise en charge des soins dispensés dans un autre état membre situé dans l'UE, l'EEE ou la Suisse, les marins se voient remettre une carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Cette carte n'est pas une condition substantielle pour obtenir la prise en charge des soins. Elle ne fait que faciliter la prise en charge des soins

En présentant la CEAM, le marin ou ses ayants droit bénéficie lors d'un séjour temporaire à tous les soins qui sont nécessaires médicalement pour leur permettre de continuer le séjour et éviter de rentrer en France pour se faire soigner.

Les soins dispensés lors de séjours en UE sont pris en charge par l'institution du lieu de séjour, suivant les dispositions de la législation qu'elle applique, pour le compte de l'institution compétente (Enim), comme si les personnes concernées étaient assurées auprès de l'institution du lieu de séjour (article 19 du règlement européen n°883/2004).

1.5.1.2. Soins dispensés hors cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse pendant un séjour dans un pays de l'union Européenne

Par principe, les soins dispensés aux marins et à leurs ayants droit ne sont pas pris en charge par l'Enim, sous réserve de conventions bilatérales de sécurité sociale (article L.160-7 du code de la sécurité sociale).

- **Pays liés par une convention bilatérale avec la France**

Pour la prise en charge des soins, doit être fourni, le formulaire ad hoc référencé dans le tableau de synthèse (Voir les Etats concernés en annexe n°1)

- **Pays non liés par une convention bilatérale avec la France**

En application de l'article R.160-4 du code de la sécurité sociale, « les caisses d'assurance maladie **peuvent** procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 **qui sont tombés malades inopinément**, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France ».

Le remboursement des soins dispensés à l'étranger ne constitue donc qu'une simple faculté pour l'Enim.

En tout état de cause, le marin ou ses ayants-droit doit faire l'avance des frais, faire parvenir les factures originales acquittées et la déclaration de frais sous le formulaire S3125, à l'ENIM pour éventuel remboursement suivant tarifs

français et après accord du médecin conseil de la caisse sur l'urgence des soins dispensés (Voir les Etats concernés en annexe n°2).

1.5.2. Les soins programmés

1.5.2.1. Soins programmés dans le cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse

La prise en charge des soins programmées est soumise à la procédure de l'article 20 du règlement européen n°883/2004 et codifiée en droit interne à l'article R.160-2 du code de la sécurité sociale.

En application de l'article R.160-2 du code de la sécurité sociale, l'assuré qui est **autorisé** par l'institution de l'Etat d'affiliation (Enim) à se rendre sur le territoire d'un autre état membre pour y recevoir des soins programmés et appropriés à son état, a droit aux frais de santé pour le compte de l'Enim, par l'institution du compétente du lieu de séjour et selon la législation qui lui est applicable.

Ainsi, les soins programmés dans un autre pays de l'UE **doivent être autorisés par l'Enim**.

Avant le départ, l'assuré doit demander impérativement une autorisation de prise en charge pour des soins

- nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation

ou

- le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

L'autorisation ne peut être refusée lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- La prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française ;
- Ces soins sont appropriés à l'état de santé du patient ;
- Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection.

En cas d'accord, le document portable S2 sera délivré pour une prise en charge sur place.

En cas d'avance de tout ou partie des frais, l'assuré demandera un remboursement à l'Enim au retour.

L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse de rattachement.

La décision est prise par le contrôle médical.

Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande de l'intéressé ou, le cas échéant, de la demande de l'institution de l'Etat de résidence.

En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours devant le tribunal judiciaire spécialement désigné compétent.

Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Ces soins sont soumis aux mêmes règles de remboursement que celles prévues par l'article R. 160-1.

A ce titre, **le document portable S2 « Droit aux soins médicaux programmés »** correspond à une autorisation de se rendre sur le territoire d'un Etat membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse pour se faire soigner. Il permet de

bénéficier de la prise en charge des soins conformément à la réglementation et à la tarification locale. Les prestations sont ainsi servies dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés du régime local.

1.5.2.2. Soins programmés en dehors du cadre de l'Union européenne, espace économique européen et Suisse

- Pays liés par une convention bilatérale avec la France

En application de l'article R.160-4 du code de la sécurité sociale alinéa 2, « Lorsque les personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensé ».

La liste des Etats conventionnés avec la France est accessible sur le site du CLEISS

- **Pays liés non liés par une convention bilatérale avec la France**

En application de l'article R.160-4 du code de la sécurité sociale alinéa 3, « les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse à une personne bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état. Les caisses d'assurance maladie réexaminent la situation en fonction de l'état de santé du patient et de l'offre de soins disponible à la date des soins, en France ou dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse ».

1.6 CONDITIONS DE FERMETURE DU DROIT AU PAIEMENT DES FRAIS DE SANTE

1.6.1 Contrôle de la stabilité de la résidence

Pour les nationaux comme pour les étrangers, un contrôle de la stabilité de la résidence doit être organisée, lorsqu'ils n'exercent plus d'activité en France.

En application de l'article R.114-10 du code de la sécurité sociale, le respect des conditions de la stabilité de la résidence doit être contrôlé par l'Enim.

Lorsque les contrôles et vérifications révèlent que les bénéficiaires des frais de santé ne remplissent plus les conditions de la stabilité de la résidence, (sans préjudice de la condition d'activité), l'Enim notifie à l'assuré qu'il dispose d'un délai d'un mois, à compter de la réception de la notification, pour fournir tout justificatif (des courriers types de radiation ont été élaborés par l'Enim).

Si l'assuré ne fournit pas de justificatifs ou fournit des justificatifs insuffisants, une nouvelle notification est adressée laquelle précise :

- Les vérifications et contrôles effectués ;
- La date à partir de laquelle les vérifications et contrôles effectués établissent que le respect des conditions de stabilité de la résidence n'était plus avéré ;
- La date de fermeture des droits ;
- Les voies et délais de recours contre cette décision.

Ainsi, l'assuré qui ne remplit plus les conditions de stabilité de la résidence, cesse d'avoir droit à la prise en charge des frais de santé à la date mentionnée sur la notification.

Toutefois, sa carte vitale ne peut pas être invalidée avant le quarante-cinquième jour suivant la date d'expédition de la notification. **(Article R.114-10 II du code de la sécurité sociale).**

1.6.2 Contrôle de la régularité de la résidence (assurés étrangers)

Comme pour la stabilité de la résidence, l'Enim doit contrôler la régularité de la résidence et ferme les droits aux frais de santé lorsque la condition n'est plus respectée, selon la même procédure prévue à l'article R.114-10 du code de la sécurité sociale et mentionnée au paragraphe 1.6.1.

A noter que les **personnes de nationalité étrangère, ressortissantes de l'Union Européenne, d'un des pays de l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse, ne sont pas soumises à la production d'un titre de séjour.**

Le contrôle de la régularité ne vise donc que les personnes de nationalité étrangère, non ressortissantes de l'Union Européenne, d'un des pays de l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse, et pour lesquelles des dispositions particulières sont prévues.

En effet, l'article R.111-4 du code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2026-226 du mars 2026 prévoit que : « **Sous réserve des dispositions du II de l'article R. 114-10-1, le droit aux prestations** mentionnées aux articles L. 160-1 et L. 861-1 des personnes qui ne sont pas ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse **ne peut être fermé avant la fin du sixième mois qui suit la date d'expiration des titres ou documents justifiant qu'elles remplissent les conditions mentionnées à l'article R. 111-3**, sauf si :

1° Le bénéficiaire signale qu'il ne réside plus en France ;

2° Le bénéficiaire ne relève plus de la législation de sécurité sociale française ;

3° Le droit a été fermé dans les conditions prévues par l'article L. 114-12-3 ».

A noter que dans sa version antérieure, l'article R.111-4 du Code de la sécurité sociale prévoyait un traitement dérogatoire pour les bénéficiaires ayant fait l'objet d'une mesure d'éloignement administrative devenue définitive.

Dans ce cas, le droit ne pouvait être fermé qu'après la fin du deuxième mois suivant la date d'expiration des titres ou documents.

Avec la nouvelle rédaction, tous les ressortissants dont le titre a expiré sont traités de la même manière. En revanche, la version antérieure de l'article reste applicable aux personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'éloignement avant le 1er avril 2026.

Désormais, tous les assurés, dont les conditions de régularité de séjour ne sont plus remplies mais qui résident toujours en France, bénéficient du maintien de leurs droits pendant six mois, à compter de la fin de la validité du titre ou document de séjour.

Il en résulte que pour ces assurés, la date de fermeture des droits ne peut être

- **ni antérieure au quarante-cinquième jour suivant la date d'expédition de la notification de fermeture des droits,**
- **ni antérieure au quarante-cinquième jour suivant la date de fin du maintien de droits de six mois.**

Les frais de santé indument pris en charge à compter de la date de fermeture des droits au motif du non-respect de la condition de régularité de séjour, sont récupérés dans les conditions prévues aux articles L.133-4-1 et L.161-1-5 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE II LES PRESTATIONS EN ESPECES

Les prestations en espèces constituent un revenu de remplacement, versé sous forme d'indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenus professionnels que subit l'assuré en activité, en raison d'un accident ou d'une maladie non liée à un risque professionnel.

Le droit aux prestations en espèces est ouvert au marin qui se trouve dans l'incapacité (constatée médicalement) de reprendre ou poursuivre son travail.

Ainsi, l'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle de manière effective lors de son arrêt de travail ne peut être regardé comme étant dans l'impossibilité de continuer ou reprendre son travail.

Un arrêt de travail intervenu le jour même de la prise d'effet d'un contrat de travail n'ouvre pas droit aux prestations en espèces (Cass. Civ. 23 janvier 2020, n° 19-11.362).

L'incapacité physique de reprendre le travail n'est pas liée nécessairement à la guérison. L'incapacité doit s'entendre comme l'incapacité à reprendre une activité quelconque.

2.1. LES BENEFICAIRES

Le versement des prestations en espèces est la contrepartie de la contribution au financement du risque maladie.

C'est un droit propre du marin. Il en résulte que seul le marin peut bénéficier des prestations en espèces dès lors qu'il est en incapacité temporaire de travailler.

Cette caractéristique de droit propre ne s'oppose pas au fait qu'en cas de versement indu à un assuré, les prestations soient recouvrées entre les mains de l'indivision successorale ou des héritiers en cas de décès de l'assuré.

Le marin non salarié comme le marin salarié peut bénéficier des prestations en espèces. Le décret du 17 juin 1938 ne distingue pas le statut social salarié ou non salarié.

Les demandeurs d'emploi peuvent bénéficier des prestations en espèces.

En revanche, sont exclus des bénéficiaires, les conjoints collaborateurs.

2.2. CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN ESPECES

Les conditions de versement de ces indemnités sont fixées par le décret du 17 juin 1938, lequel distingue les prestations en espèces versées suite à une maladie cours navigation ou suite à une maladie ou un accident non professionnel.

2.2.1 Les conditions médicales

L'octroi des prestations en espèces est **subordonné à la constatation médicale de l'incapacité physique de continuer ou reprendre le travail, et** à condition que la maladie ou les blessures ou infirmités ne résultent pas d'une faute intentionnelle de sa part **(art 28 et 33 du décret du 17 juin 1938).**

Sont compétents pour prescrire un arrêt de travail :

- Le médecin traitant
- Le médecin hospitalier
- Le chirurgien-dentiste
- La sage-femme.

La date d'effet de la prescription est fixée au jour de la constatation médicale. Le repos ne peut en aucun cas être prescrit antérieurement ou postérieurement à la date effective de la constatation médicale.

En application de l'article L.162-4-1 du code de la sécurité sociale, (dans sa version en vigueur du 25 décembre 2016 au 1er septembre 2026) prévu au livre 1er du code de la sécurité sociale et applicable à tout ou partie des régimes de base, donc à l'Enim ***« Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical :***

1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée à l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ;

2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription. »

Le service du contrôle médical de l'Enim a compétence pour vérifier si le motif donné par le prescripteur de l'arrêt correspond à l'état du malade.

« En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant, par la sage-femme ou par le chirurgien-dentiste, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.

La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télémédecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ». (article L.162-4-4 du code de la sécurité sociale).

Les conditions réglementaires prévues à L'article R.162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, précisent que « En application de l'article L. 162-4-4, la prolongation d'un arrêt de travail, qui n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant donne lieu à indemnisation dans les cas suivants :

1° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;

2° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant ;

3° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant ».

- **Situation des prescriptions d'arrêt de travail discontinues (interruption entre deux arrêts de travail).**

Lorsqu'un week-end et/ou un jour férié se trouvent entre un arrêt de travail initial et sa prolongation, il convient d'appliquer les termes de l'article **642 du Code de Procédure Civile,** qui dispose que *:« Tout délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. Le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant ».*

Une tolérance pour le week-end et jour férié est donc accordée.

Il peut également être tenu compte de la situation où l'assuré, pour des raisons indépendantes de sa volonté, n'a pas eu la possibilité d'obtenir une prolongation de son arrêt immédiatement après le précédent même lorsque qu'il ne s'agit pas de week-end ou de jour férié.

Il appartient à l'assuré de justifier son impossibilité à obtenir une prolongation continue de son nouvel arrêt.

2.2.2. Les conditions administratives

2.2.2.1. Délai d'envoi d'un arrêt de travail

Au titre des accidents et maladies non professionnels, un délai de 48 heures s'impose.

L'article 31a du décret du 17 juin 1938, modifié par le décret n°2018-1258 du 27 décembre 2018 prévoit que : *« En cas d'impossibilité de travailler, l'assuré doit, dans les deux jours ouvrés suivant la date de l'arrêt de son activité, envoyer à l'établissement national des invalides de la marine l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail comportant la signature du médecin, sous peine des sanctions prévues par l'article D. 323-2 du code de la sécurité sociale. ».*

Ainsi, tout avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail doit être adressé à l'Enim dans les 2 jours ouvrés suivant la date de l'arrêt de l'activité.

Lorsque le délai expire un week-end, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant en application de l'article 642 du code de procédure civile sus-visé.

En cas de non-respect du délai de 48 heures, l'Enim informe l'assuré du retard constaté et la sanction à venir en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois de l'arrêt considéré.

Tous les arrêts de travail envoyés tardivement dans le délai de 2 ans suivant la date du 1er arrêt ayant donné lieu à avertissement, sont sanctionnés et réduits de 50%.

Attention : l'article R.323-12 du CSS qui prévoit que la caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible (envoi après la fin de l'arrêt de travail) n'est pas applicable aux marins. Le décret du 17 juin 1938 ne le prévoit pas et ne renvoie pas à l'article R.323-12 du CSS.

Au titre d'une MCN

Le décret du 17 juin 1938 ne prévoit pas de délai pour envoyer un arrêt de travail

L'Enim ne peut donc pas appliquer de sanction pour envoi tardif.

2.2.2.2 Condition de cessation effective d'activité

Au titre des accidents et maladies non professionnels

Le service des prestations en espèces au titre d'un accident ou d'une maladie est subordonné à l'obligation pour l'assuré de ne pas poursuivre une activité professionnelle rémunérée.

L'article 35a alinéa 2, 3° du décret du 17 juin 1938 prévoit en effet que :« (…) La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation par le bénéficiaire, de **s'abstenir de toute activité non autorisée (…) ».**

Ainsi, un marin en arrêt de travail, qui perçoit des indemnités journalières pour incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail, ne peut pas exercer une activité sans autorisation préalable du médecin prescripteur de l'arrêt de travail.

Pour que l'activité en cause soit considérée comme autorisée, le médecin traitant doit le préciser expressément dans l'arrêt de travail.

À défaut, elle est interdite. Ni le régime de sorties libres ni l'autorisation d'activité délivrée a posteriori par le médecin traitant ne permettent de déroger à cette interdiction.

En cas d'exercice d'une activité non autorisée durant l'arrêt, le marin peut être condamné à restituer les indemnités indûment versées depuis la date du manquement, et l'Enim peut suspendre le versement des indemnités journalières.

L'interdiction de toute activité non autorisée fait l'objet d'une conception très large par la jurisprudence : il s'agit de toute activité rémunérée, bénévole, syndicale, associative, domestique, sportive ou ludique et ce, même pendant les heures de sortie autorisées, sans qu'il soit nécessaire d'établir la volonté de fraude de l'assuré

Ainsi, les prestations en espèces peuvent être suspendues ou supprimées en tout ou partie en cas de poursuite d'activité.

La reprise d'une activité dans le cadre d'actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle (actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil) n'est pas autorisée pour les marins.

L'article L.323-3-1 du Code de la sécurité sociale qui prévoit que le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions susmentionnées, n'est pas applicable aux marins. Les décrets d'application n °2022-373 du 16 mars 2022 et n° 2023-70 du 6 février 2023 pris pour mise en œuvre des actions ne concernent que les assurés du régime général et du régime agricole.

Au titre d'une MCN

Le décret du 17 juin 1938 n'apporte aucune précision sur ce point pour des indemnités journalières versées au titre d'une MCN.

- **Exception à l'obligation de cessation d'activité**.

La règle de la cessation d'activité imposée en cas de versement d'indemnités journalières pour accident ou maladie hors de la navigation, ne s'applique pas en cas de reprise d'activité prescrite dans un but thérapeutique.

2.2.2.3. Conditions de cotisations pour l'attribution des prestations en espèces

2.2.2.3.1. Au titre d'une maladie cours navigation

En application de l'article 23 du décret du 17 juin 1938, *« Le marin atteint de maladie en cours de navigation est assisté, dans les conditions indiquées ci-après par la caisse générale de prévoyance, à compter du jour où ont cessé, en application de l'article 3, les obligations de l'armateur à son égard ».*

L'article 27 prévoit que : *Les soins sont dus par la caisse jusqu'à guérison et au plus tard jusqu'à l'expiration du délai de six mois à compter du jour où le marin a été laissé à terre ».*

L'article 27 a prévoit quant à lui que : « ***A l'expiration du délai prévu à l'article ci-dessus**, le marin qui, au jour du débarquement, remplissait les conditions de cotisations fixées par l'article 29, pourra continuer à être remboursé, dans les limites du tarif de responsabilité de la caisse, de ses frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation. Ce remboursement sera accordé pour la période durant laquelle **l'intéressé percevra l'indemnité journalière en raison de l'incapacité de travail résultant de la maladie cause du débarquement.***

L'Article 28 prévoit que*: « Si le marin se trouve dans l'incapacité de reprendre son travail, la caisse lui sert, jusqu'à l'expiration du délai prévu à l'article 27, une indemnité journalière égale à la moitié du salaire défini à l'article 7, à moins qu'il ne soit établi que la maladie résulte d'un fait intentionnel de l'intéressé.*

Cette indemnité journalière ne peut se cumuler avec une pension de retraite. Toutefois, si elle est d'un taux supérieur à un trois-cent-soixantième de la pension, la caisse assure le paiement d'une indemnité réduite égale à la différence ».

L'Article 28 a prévoit que ***:« Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà du délai de six mois prévu par les articles 27 et 28 ci-dessus, l'indemnité journalière peut être servie jusqu'à l'expiration d'une période de trois années calculée de date à date à partir du jour où le marin a été laissé à terre, à condition qu'à ce jour l'intéressé ait compté le minimum de cotisations requis par l'article 29 du présent décret ».***

Enfin, l'article 29 II prévoit que *:« Pour bénéficier des prestations en espèces au titre d'une maladie ou d'un accident survenu en dehors de la navigation, l'assuré doit avoir cotisé auprès du régime de prévoyance des marins pendant au moins 50 jours dans les 90 jours ou 200 jours durant les 360 jours précédant la date de l'interruption de travail (…) »*

- **Période de six mois et débutant le 1er jour suivant l'arrêt de travail**

Dès que les obligations de l'employeur prévues à l'article 3 du décret du 17 juin 1938 et article L.5542-21 du code des transports, de prendre en charge les salaires ont cessé (PECA), les indemnités journalières sont versées au marin par l'Enim, **sans condition de cotisations** jusqu'à la guérison et dans la limite de 6 premiers mois suivant le débarquement du marin malade.

🕮 **Les conditions relatives à la PECA sont à consulter dans la note juridique relative à** « la prise en charge armement ».

- **Période débutant au 1er jour du 7éme mois d'arrêt de travail**

A compter du 1er jour du septième mois, les prestations en espèces continuent d'être versées sous réserve que le marin remplisse les conditions de cotisations.

Le marin doit avoir cotisé auprès du régime de prévoyance des marins pendant au moins 50 jours dans les 90 jours ou 200 jours durant les 360 jours et cela pendant la période qui précède la date de l'interruption de travail.

On regarde donc la situation des cotisations à la date du 1er jour de l'arrêt de travail et pas au 1er jour du 7ème mois.

Attention : Pour un marin non salarié, pour lequel la PECA ne s'applique pas, les prestations en espèces sont nécessairement dues par l'Enim, à compter du 1er jour de l'arrêt de travail, sous réserve de remplir les conditions de cotisations.

2.2.2.3.2. Au titre des accidents et maladies non professionnels (article 29 II).

Le versement des indemnités journalières au titre d'un accident ou d'une maladie, **dès le jour de l'arrêt de travail, est conditionné par le versement de cotisations.**

Le marin (salarié ou non salarié) doit avoir cotisé auprès du régime de prévoyance des marins pendant au moins 50 jours dans les 90 jours ou 200 jours durant les 360 jours précédant la date de l'interruption de travail.

2.2.2.3.3. Durée de cotisations et règles de coordination entre régimes de sécurité sociale au titre de la maladie

En application de l'article L.172-2 du code de la sécurité sociale, « *La coordination entre régimes pour l'indemnisation en cas de maladie ou de maternité est assurée par l'application des dispositions de maintien de droit prévues à l'article L. 161-8.*

Lorsqu'un assuré ne peut bénéficier des dispositions mentionnées au premier alinéa du présent article et que le versement de l'indemnisation en cas de maladie ou de maternité est subordonné par les dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime à des conditions d'affiliation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en œuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime ».

Ainsi, la période d'activité exercée, la durée d'affiliation dans un régime et les cotisations acquittées dans un régime sont assimilées à une période d'activité exercé, une durée d'affiliation et cotisations versées dans l'autre régime.

Les échanges d'informations sont effectués par les caisses sauf lorsque l'assuré a été bénéficiaire d'un revenu de remplacement de l'assurance chômages, ou dans ce cas, le marin doit justifier lui-même les périodes en cause **(article R.172-12-2 du code de la sécurité sociale).**

En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet **(article L160-18 du code de la sécurité sociale).**

2.2.2.3.4. Périodes d'inactivités assimilées à des périodes de travail cotisées

Certaines périodes d'inactivité peuvent être assimilées à des périodes de travail pour permettre à l'assuré de remplir les conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces.

- **Périodes de versement de prestations en espèces au titre d'une MCN.**

Les périodes de versement des indemnités journalières au titre des 6 premiers mois de MCN sont considérées comme des périodes d'activité professionnelle et génèrent les mêmes droits aux prestations.

- **Périodes de versement de prestations en espèces au titre des accidents et maladies non professionnels**

En application de l'article 29 III du décret du 17 juin 1938, *« Les journées ayant donné lieu soit à paiement de salaire par l'employeur, en application des articles L. 5542-21 et suivants du code des transports, soit au paiement de l'indemnité journalière, servie par le régime de prévoyance des marins sont décomptées comme journées de cotisations à l'exclusion des journées indemnisées, au titre de la maladie, en application des articles L. 161-8 et de l'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale ».*

Il résulte de ce texte que chaque jour de perception d'IJ compte pour calculer la durée de cotisations, à l'exclusion des jours de perception pendant une période de chômage ou de maintien de droits.

Lorsque la maladie ou l'accident non professionnel se déclarent **immédiatement** après une période d'activité professionnelle, la période pour laquelle des indemnités journalières sont servies après un délai de carence de 3 jours (article 33 du décret du 17 juin 1938), est génératrice de droits aux prestations maladie, maternité, accident et maladie professionnelle, invalidité et décès au même titre qu'une période d'activité professionnelle (cf infra 2.4.1).

2.2.3. Les incidences d'une pension de vieillesse ou d'invalidité sur les prestations en espèces

Le bénéfice d'une pension de vieillesse (ancienneté, proportionnelle, spéciale, anticipée) ou pension d'invalidité met fin au statut de marin actif.

En conséquence, la protection sociale prévue pour les pensionnés qui ne prévoit que le droit à la prise en charge des frais de santé se substitue à celles dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs.

Lorsque le marin vient à bénéficier d'une pension de vieillesse, il est mis fin au versement des prestations en espèces. L'article 28 du décret du 17 juin 1938 prévoit que l'indemnité journalière ne peut se cumuler avec une pension de retraite.

Cette règle ne fait obstacle au versement de prestations en espèces en cas de cumul emploi retraite dont le dispositif est détaillé dans 🕮 **la note relative à l'assurance vieillesse des marins.**

En effet, l'assuré qui reprend une activité après octroi de sa pension de vieillesse ou de sa pension d'invalidité peut bénéficier des prestations en espèces au titre de son activité, sous réserve que les conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces soient remplies.

Toutefois, les pensionnés qui sont en cumul emploi retraire peuvent percevoir les prestations en espèces dans une certaine limite.

Si l'indemnité journalière est d'un taux supérieur à un trois-cent-soixantième de la pension, la caisse assure le paiement d'une indemnité réduite égale à la différence (**articles 28 et 34 du décret du 17 juin 1938**).

<table>
<tr><td rowspan="2">Indemnités journalières prévoyance</td><td rowspan="2">Prestations</td><td>Pensions vieillesse (AVM)</td><td colspan="3">Pensions d'invalidité</td></tr>
<tr><td>Tout type de pension</td><td>Pension d'invalidité pour accident professionnel (PIA)</td><td>Pension d'invalidité pour maladie professionnelle (PIMP)</td><td>Pension d'invalidité pour accident ou maladie non professionnel (PIM)</td></tr>
<tr><td></td><td>Indemnités journalières MHN/MCN</td><td>Seule la part des IJ >1/360ème de la pension est versée (article 34 Décret 17/06/1938</td><td colspan="2">Cumul intégral possible</td><td>Cumul possible si pathologie distincte de celle ayant donné lieu à la concession de la PIM (limite 100% du salaire forfaitaire)</td></tr>
</table>

2.2.4. Reconnaissance de l'inaptitude définitive à la profession de marin et poursuite du versement des prestations en espèces

La réglementation relative aux indemnités journalières versées par le régime spécial des marins est indépendante de la procédure d'inaptitude.

La décision d'inaptitude du marin ne conduit pas de fait, à cesser le versement des indemnités journalières.

Tant que le marin se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de reprendre le travail, autrement dit, tant que l'arrêt de travail est médicalement justifié, l'indemnité journalière lui est versée dans les conditions et délais prévus par le décret du 17 juin 1938, jusqu'à sa consolidation ou stabilisation, peu importe que le marin ait été reconnu inapte entre temps.

En effet, il s'agit de l'inaptitude à SON poste de travail particulier, ce qui ne remet pas en cause la justification médicale du versement des indemnités journalières, tant que le marin ne peut pas reprendre UN travail quelconque, ou qu'il n'est pas consolidé (si ATMP).

Seule la visite de reprise valablement effectuée par le médecin des gens de mer, met fin à la période de suspension du contrat, peu importe que le salarié continue à bénéficier d'un arrêt de travail de son médecin traitant (Cour de Cassation, 5 janvier 2011, n°08-70060).

Il n'y a pas de corrélation entre le versement des indemnités journalières et la fin de la suspension du contrat, même si en principe, dates de consolidation et de déclaration d'inaptitude définitive devraient coïncider.

Donc, le versement des indemnités journalières cesse si le médecin conseil de la caisse considère qu'il peut médicalement reprendre le travail. Il se poursuit dans le cas contraire, indépendamment de la décision d'inaptitude.

2.2.5. Le maintien des droits

2.2.5.1. Principe

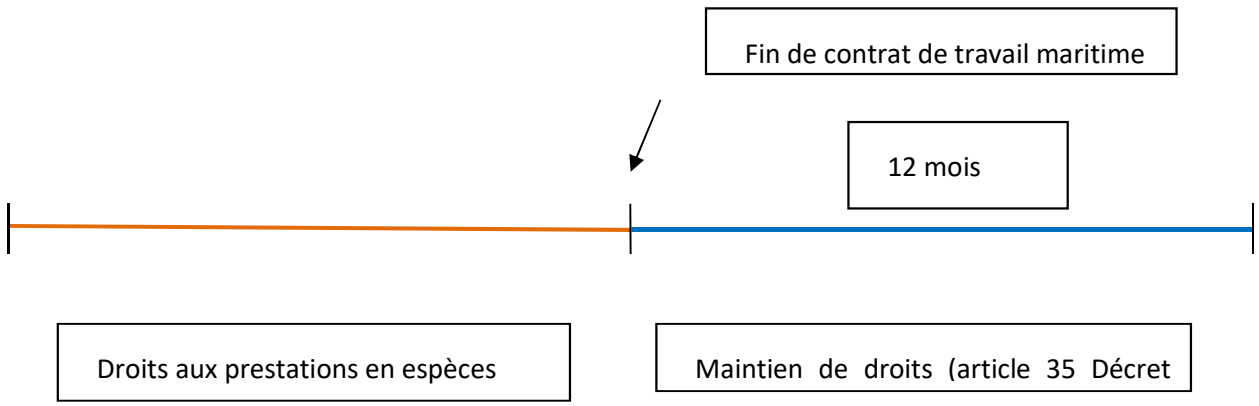
Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever du régime d'assurance maladie auxquelles elles sont rattachées, bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie pendant une période de douze mois, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, **(article 35 du décret du 17 juin 1938 et article L.161-8 du code de la sécurité sociale).**

L'existence et les conditions d'ouverture des droits s'apprécient à la date de la cessation d'activité.

Le point de départ du délai de maintien est donc fixé, selon la situation, à la date d'effet de la rupture du contrat de travail ou à la date de versement de la dernière IJ si le licenciement est intervenu au cours d'une période d'indemnisation par l'assurance maladie-maternité. (cf annexe 2 de la circulaire interministérielle n°DSS/SD2/2015/176 du 26 mai 2015).

Toutefois, si, pendant cette période, l'assuré vient à remplir les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé, étant précisé que l'organisme qui assure le service des prestations en espèces ne peut toutefois pas l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer ce service jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet (article L. 161-15-2 CSS).

Conditions de cotisations (article 29 II du décret du 17 juin 1938)



2.2.5.2. Le bénéfice des indemnités journalières pendant le maintien de droit.

En cas d'accident ou maladie non professionnel pendant la période de maintien de droit, les conditions d'ouverture du droit requises pour bénéficier des prestations en espèces, sont appréciées à la date d'effet de la rupture du contrat de travail, ou à la date de versement de la dernière indemnité journalière si le licenciement est intervenu au cours d'une période d'indemnisation par l'assurance maladie.

Lorsque les conditions d'ouverture de droit sont remplies, l'indemnisation débutant au cours de la période de maintien de droit peut se poursuivre au-delà, dans la limite des règles de durée de perception des indemnités journalières.

Le versement des indemnités journalières qui commence pendant la période de maintien de droits continue jusqu'à la fin de l'arrêt de travail, même si cette indemnisation se prolonge au-delà des douze mois et alors que même que l'assuré relève le cas échéant d'un autre régime de sécurité sociale (L. 161-8, L. 172-1 A, R.172-12-1 et suivants CSS).

En revanche, le marin ne peut pas bénéficier des indemnités journalières de la part du régime des marins si le début de l'arrêt de travail se situe au-delà de la date de fin de la période de maintien de droits.

2.2.5.3. Les dispositions spécifiques relatives au maintien de droits des chômeurs

Toute personne en situation de chômage indemnisé conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie dont elle relevait antérieurement **en application de l'article L. 311-5, premier alinéa du code de la sécurité sociale.**

Selon l'article R.311-1 du code de la sécurité sociale, *« La durée, prévue au premier alinéa de l'article L. 311-5, pendant lequel un assuré qui ne remplit pas, après sa reprise d'activité, les conditions d'ouverture du droit à prestations prévues à l'article L. 313-1 continue à bénéficier des droits aux prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès acquis auprès du régime obligatoire dont il relevait antérieurement, est fixée à douze mois à compter de la date de cette reprise d'activité ».*

La personne qui, étant en situation de chômage indemnisé, reprend une activité insuffisante pour lui permettre de remplir les conditions d'ouverture des droits aux IJ maladie, conserve les droits aux prestations en espèces du régime obligatoire dont elle relevait avant la reprise du travail pendant trois mois à compter de la reprise d'activité.

Ces droits s'entendent de ceux en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail ayant précédé la période de chômage indemnisé.

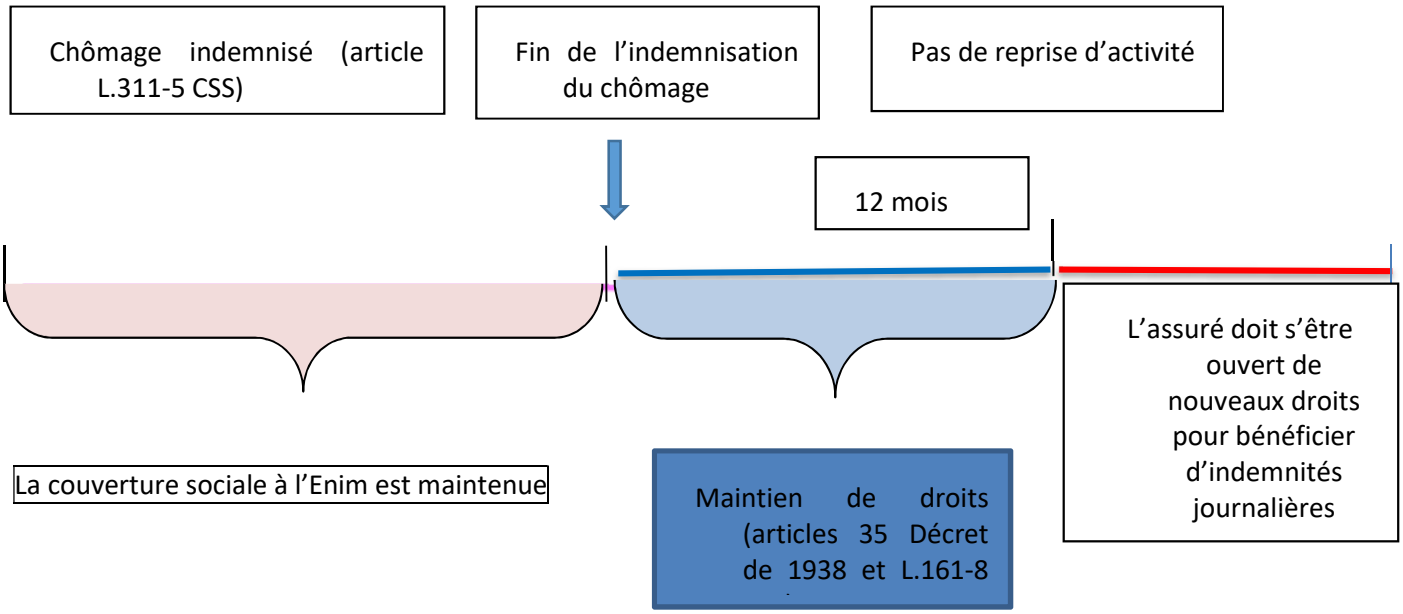
A l'issue de cette période de trois mois, l'assuré devra, pour bénéficier des IJ maladie, remplir les conditions d'ouverture de droit.

A noter que les article L.311-5 et R.311-1 du code de la sécurité visent les assurés du régime général.

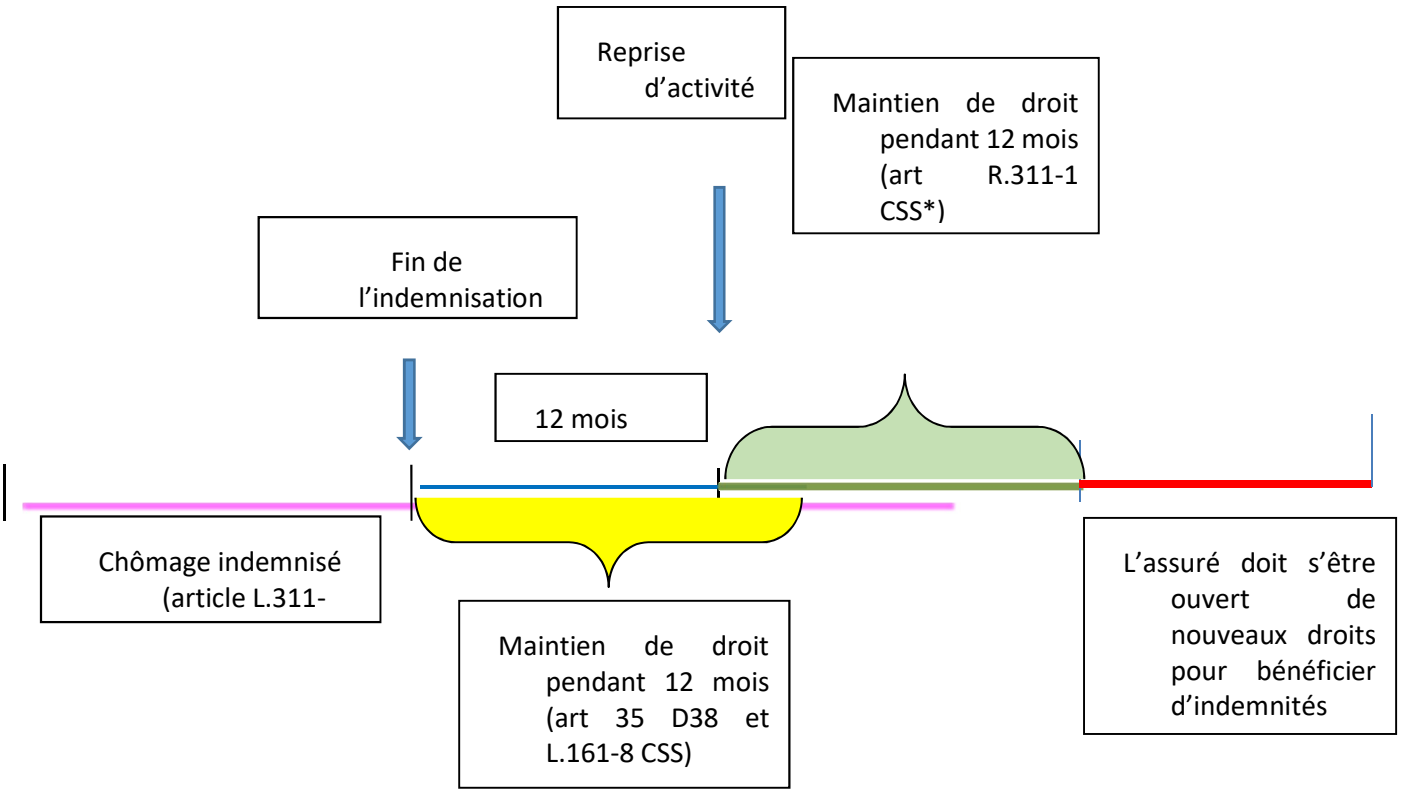
Toutefois, l'article R.711-17 du code de la sécurité sociale prévoit que : « L'organisation spéciale de sécurité sociale prévue à l'article L. 711-1 assure aux travailleurs des branches d'activités ou entreprises mentionnées à l'article R. 711-1, pour l'ensemble des prestations de chaque risque, des prestations équivalentes aux prestations du régime général de sécurité sociale, sans que les avantages de même nature déjà accordés antérieurement au 1er juillet 1946 puissent être réduits ou supprimés »

Les marins qui sont devenus chômeurs doivent au même titre que les assurés du régime général, devenus chômeurs, bénéficier du maintien de droit.

➢ **Situation du marin au chômage**



➢ **Situation du chômeur indemnisé reprenant une activité insuffisante pour s'ouvrir des droits**



Afin d'inciter les chômeurs à reprendre une activité professionnelle, même faible, les articles L 311-5 et R 311-1 du CSS prévoient qu'en cas de reprise d'activité insuffisante pour ouvrir de nouveaux droits, l'assuré (le marin) qui perçoit des allocations chômage mais qui reprend une activité insuffisante pour s'ouvrir des droits à prestations en espèces auprès du nouveau régime de sécurité sociale continue à bénéficier des droits aux prestations du régime dont il relevait antérieurement pendant douze mois à compter de la date de reprise d'activité.

A l'issue de ce maintien de droit de douze mois, les conditions d'ouverture de droit doivent être examinées selon les conditions habituelles, au jour de l'interruption de travail (article R313-1 du CSS). Si l'assuré ne s'est pas ouvert de nouveaux droits, il ne pourra pas bénéficier de prestations en espèces.

NB : Pour que ce dispositif (et plus généralement le maintien de droit prévu aux articles L 311-5 et R 311-1 du CSS) s'applique, il convient que la période de chômage indemnisé **soit interrompue par une reprise d'activité insuffisante**.

Il convient donc d'examiner les droits à la fin de la période d'activité et, si celle-ci a été insuffisante pour ouvrir de nouveaux droits, de statuer au regard des droits issus de la période précédant la reprise d'activité professionnelle maritime.

Pour le calcul des indemnités journalières, la période d'activité accomplie dans un autre régime est prise en compte (durée d'affiliation, montant de cotisations acquitté dans un régime sont considérés à l'identique dans l'autre (article R.172-12-1 du code de la sécurité sociale).

La reprise d'une activité professionnelle non maritime entraîne le versement de cotisations à un autre régime obligatoire de sécurité sociale.

Dès que le régime de sécurité sociale dont dépend la nouvelle activité a signalé le transfert d'affiliation, l'Enim cesse de prendre en charge les frais de santé de l'assuré et n'indemnise aucun nouvel arrêt de travail initial.

2.2.5.4. Incidence de la reprise d'une activité professionnelle sur le maintien de droits

La reprise d'une activité professionnelle maritime, avec versement de cotisations à l'Enim, interrompt la période de maintien de droits.

Lorsque la durée de cette reprise a été insuffisante pour ouvrir un nouveau droit aux prestations en espèces, le marin peut tout de même y prétendre si, en l'absence de reprise de travail, il avait pu en bénéficier au titre du maintien de droits (articles L.311-5 et L.161-8 du code de la sécurité sociale).

La reprise d'une activité professionnelle ne doit pas en effet porter préjudice au marin.

2.3. OBLIGATIONS DU MARIN POUR CONTINUER A BENEFICIER DES PRESTATIONS EN ESPECES SERVIES

Le marin à qui des prestations en espèces ont été accordées sur prescription médicale, au titre des accidents et maladies non professionnels, peut voir ses prestations suspendues, réduites ou supprimées s'il ne remplit pas certaines obligations.

Ces obligations sont prévues à l'article 35a alinéa 2 du décret du 17 juin 1938 qui précise que :

« (…) l**a continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation par le bénéficiaire :**

1° De se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse, et en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;

Si l'assuré est atteint d'une affection tuberculeuse, l'expert est obligatoirement un médecin phtisiologue. L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours ;

2° De se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux demandés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus précisées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations ».

2.4. DUREE DE VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

2.4.1. Délai de carence en cas d'accident ou de maladie hors navigation

L'indemnité journalière accordée au titre des accidents et maladies non professionnels est versée à partir du 4éme jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail en **application de l'article 33 alinéa 2 du décret du 17 juin 1938.**

Le point de départ du délai s'entend du 1er jour entièrement non travaillé.

Exemple :

Un marin travaille le 25 septembre matin et se rend chez son médecin l'après-midi.

L'arrêt est prescrit le 25 septembre, date de la constatation médicale.

L'arrêt débute le 26 septembre.

Les 26, 27 et 28 septembre constituent le délai de carence.

L'indemnité débute donc le 29 septembre.

Il n'est pas appliqué de délai de carence en cas de prolongation de l'arrêt initial à condition que le nouvel arrêt soit prescrit par le prescripteur initial. **(Article L.162-4-1 du code de la sécurité sociale).**

Lorsque le marin est atteint d'une affection longue durée, un seul délai de carence s'applique sur une période de 3ans.

2.4.2 La durée maximale de prescription de l'arrêt de travail

Depuis le 1er septembre 2026, l'arrêt de travail prescrit dans le cadre d'un accident ou une maladie d'un risque non professionnel par le médecin, chirurgien-dentiste ou la sage-femme, est soumis à un plafonnement de durée.

La malade cours navigation n'étant pas prévu par les dispositions du code de la Sécurité Sociale, il ne peut être fait application de cette limitation de durée pour ce risque.

L'article R162-1-7-1 du Code de la sécurité sociale dispose que «Les plafonds prévus aux articles L. 162-4-1 et L. 162-4-4 pour la durée des arrêts de travail prescrits par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme sont fixés à trente et un jours pour une première prescription et à soixante-deux jours pour une prolongation. »

Il est ainsi prévu que la première prescription d'arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières est plafonnée à **31 jours,** et une prolongation est plafonnée **à 62 jours**.

Le nombre de prolongation de l'arrêt n'est cependant pas plafonné.

Toutefois, les professionnels de santé peuvent déroger aux plafonds fixés, lorsqu'ils justifient sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue.

En effet, l'article L.162-4-1 CSS prévoit à son 2eme alinéa que les médecins «peuvent déroger au plafond prévu au premier alinéa du présent 1° lorsqu'ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient et en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé »

La justification du dépassement doit être expressément mentionnée sur le formulaire d'avis d'arrêt de travail.

Il en découle qu'en cas de prescription d'un arrêt de travail initial d'une durée supérieur à 31 jours, l'ENIM doit indemniser le marin à condition que le médecin ait justifié ce dépassement.

Il appartient au contrôle médical de vérifier, a posteriori, si les arrêts de travail initiaux ou prolongations prescrits pour une durée supérieure aux délais légaux prévus sont médicalement justifiés.

Si le service de contrôle médical juge que la dérogation n'est pas justifiée médicalement, il en informe le service administratif qui notifie un refus de versement des prestations en espèces au-delà du délai légal.

Le marin pourra contester cette décision de refus de l'arrêt non médicalement justifié devant la commission de statuant en matière médicale.

- Cas de la prescription supérieure eu délai légal dans justification

Si le dépassement n'est pas justifié par le praticien, l'indemnisation de l'arrêt de travail est limitée au versement d'indemnités journalières pendant 31 jours pour un arrêt initial et 62 jours en cas de prolongation.

Un courrier de notification du refus administratif des indemnités journalières d'indemniser le marin au-delà de 31 jours ou 62 jours sera adressé au marin, tandis qu'une information sera transmise au prescripteur.

Si l'état de santé du marin justifie une prolongation au-delà de cette durée, celui-ci sera invité à consulter son médecin afin qu'il puisse, le cas échéant, établir une nouvelle prescription dans les conditions requises.

Le marin pourra contester cette décision devant la commission de recours amiable (CRA), selon les voies et délais de recours habituels.

Application au temps partiel thérapeutique :

Lorsqu'il est prescrit au titre de la même pathologie que l'arrêt de travail initial, le temps partiel thérapeutique est indemnisé dans le prolongement de la période d'arrêt initial à temps complet.

L'indemnité journalière versée au titre du temps partiel thérapeutique est une indemnité « maintenue » après versement d'indemnités journalières du fait d'un arrêt initial à temps complet.

Dès lors, la durée de prescription d'un arrêt de travail en temps partiel thérapeutique est soumise au plafonnement de 62 jours, sauf justification médicale.

2.4.3. Durée maximale d'attribution des prestations en espèces

La durée de versement des indemnités journalières pouvant être servies diffère selon la nature du risque MCN ou accident ou maladie non lié à un risque professionnel et résulte de fondements juridiques différents.

Le calcul de la durée de versement des indemnités journalières se fait donc risque par risque.

2.4.3.1. Au titre d'une MCN

En application de l'article 28 a du décret du 17 juin 1938, *« si l'incapacité de travail se prolonge au-delà du délai de six mois prévu par les articles 27 et 28 ci-dessus, **l'indemnité journalière peut être servie jusqu'à l'expiration d'une période de trois années calculée de date à date à partir du jour où le marin a été laissé à terre**, à condition qu'à ce jour l'intéressé ait compté le minimum de cotisations requis par l'article 29 du présent décret ».*

Il en résulte que l'Enim peut verser jusqu'à 3 ans d'indemnités journalières, ce délai de 3 ans courant à compter de la date à laquelle, le marin est débarqué du navire.

2.4.3.1. Au titre des accidents et maladies non liés à un risque professionnel

En application de l'article 33 du décret du 17 juin 1938 : *« Le marin accidenté ou malade en dehors de la navigation reçoit une indemnité journalière de la caisse tant qu'il se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail, et à condition que les maladies, blessures ou infirmités ne résultent pas d'une faute intentionnelle de sa part.*

Cette indemnité, égale à 50 p. 100 du salaire visé à l'article 7 ci-dessus, est servie à partir du quatrième jour de l'incapacité de travail.

Elle est servie dans les conditions suivantes :

1° Pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article 35 a ci-dessous, l'indemnité peut être servie pendant une période de trois ans, calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise de travail a été d'au moins un an ;

2° Pour les affections autres que celles visées à l'article 35 a ci-dessous, l'assuré ne peut recevoir au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque de trois années, plus de 360 indemnités ».

Pour les affections hors ALD, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, plus de 360 IJ pour une période quelconque (art 33 2°).

Pour une ALD, la durée maximale est fixée à 3 ans. (art 33 1°).

L'indemnité est due pendant cette période pour chaque jour (ouvrable ou pas).

Les IJ servies au titre d'une ALD sont exclues du décompte des 360 jours

En cas d'ALD, une reprise effective du travail d'au moins un an continu, fait courir un nouveau délai d'indemnisation de 3 ans.

La condition de reprise d'activité est satisfaite dans le cas où le marin a bénéficié d'une indemnisation pour perte d'emploi.

En outre, si pendant la période d'un an, l'assuré est en arrêt pour une affection autre que l'ALD (IJ maternité, paternité, AT/MP, ces circonstances ne constituent pas une interruption de travail (circulaire interministérielle DSS du 26 mai 2015).

Situations	Durée possible d'indemnisation
Assuré reconnu atteint d'une ALD	Les IJ sont servies pendant 3 ans à compter du 1er jour d'arrêt de travail Pour un arrêt débutant le 25 septembre 2025, les IJ pourront être versées jusqu'au 24 septembre 2028
Assuré non reconnu atteint d'une ALD	360 IJ peuvent être servies durant 3 ans à compter du 1er arrêt de travail Pour un arrêt débutant le 25 septembre 2025, un nombre maximal de 360 IJ pourra être versé entre le 25 septembre 2025 et 24 septembre 2028. Dans ce cas, il y a discontinuité dans le service des IJ et dès lors que le seuil de 360 est atteint pour un seul ou plusieurs arrêts, le droit est clos.

2.5. L'INDEMNISATION AU TITRE D'UNE REPRISE D'ACTIVITE A TEMPS PARTIEL (MI TEMPS THERAPEUTIQUE)

2.5.1. Les conditions de l'indemnisation pendant le temps partiel thérapeutique

Le décret du 17 juin 1938 prévoit une indemnisation au titre d'une reprise d'activité après un arrêt de travail à temps complet au titre d'une maladie non liée à un risque professionnel.

En revanche, pour un marin en arrêt de travail au titre d'une MCN, le titre 3 du décret de 1938 ne prévoit pas la possibilité d'une reprise d'activité en mi-temps thérapeutique.

Par conséquent, des indemnités journalières au titre d'un mi-temps thérapeutique ne peuvent pas être versées à un marin après qu'il a bénéficié d'indemnités journalières à temps complet au titre d'une MCN.

Par ailleurs, la règle du plafonnement à 62 jours de la prescription de renouvellement de la prolongation des arrêts de travail au titre d'un temps partiel thérapeutique s'applique.

2.5.1.1. Une indemnisation conditionnée par un arrêt de travail initial à temps complet au titre d'une maladie non professionnelle

L'article 12 b du décret du 17 juin 1938 prévoit que *« L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou en partie **en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin conseil de la caisse générale de prévoyance** comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence. »*

***En outre, l'article 33 a du décret du 17 juin 1938** prévoit que : « L'indemnité journalière prévue à l'article 33 peut être maintenue en tout ou en partie, pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder d'un an le délai de trois ans prévu audit article 33, à la condition :*

***Ou bien que la reprise du travail et** que le travail effectué soient reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;*

Ou bien que l'assuré doive faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Sauf cas exceptionnel que la caisse appréciera, le montant de l'indemnité maintenue ne peut porter le gain total de l'assuré à un chiffre supérieur au salaire normal des marins de sa catégorie. (…) »

Il découle de ces dispositions que, outre les conditions médicales (le marin doit être reconnu apte à reprendre une activité professionnelle, fût-ce sur un poste aménagé), l'indemnisation ne peut être accordée que si le marin a fait l'objet d'un arrêt de travail à temps complet au titre d'un accident ou maladie non professionnel et que la reprise du travail s'inscrit dans un cadre visant à permettre soit l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, soit la rééducation ou la réadaptation professionnelle.

Attention : Le bénéfice d'indemnités journalières sans que l'arrêt de travail ne soit préalablement indemnisé à temps complet prévu à l'article L.323-3 modifié depuis 2019 ne s'applique pas aux marins, le décret du 17 juin 1938 ne renvoyant pas vers cet article.

2.5.1.2. Durée de l'indemnisation pendant le temps partiel thérapeutique suite à un arrêt complet

En application de l'article 33 a du décret du 17 juin 1938, l'indemnité journalière pour mi-temps *« peut être maintenue en tout ou en partie, pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder d'un an, le délai de trois ans prévu audit article 33 »*

L'article 33 dans ses point 1° et 2° distingue les affections longues durées (33 1°) des autres affections (33 2°).

Ainsi, pour une ALD (33 1°), le délai d'un an court à compter de l'expiration de la période de 3 ans, calculée de date à date et par affection.

Pour une affection non individualisée, (33 2°), la durée d'un an court à compter du 360ème jour d'indemnisation.

Il résulte de ces dispositions que le délai de versement des indemnités journalières pour mi-temps thérapeutique est d'un an **mais sous réserve que l'assuré ait épuisé tous ses droits à indemnités journalières à temps complet.**

A défaut, la durée d'indemnisation au titre d'un mi-temps thérapeutique peut aller au-delà du délai d'un an.

Voir décision Cour d'appel de Rennes, 25 juin 2025, RG n°22/04852 : prise en charge des indemnités journalières en temps partiel thérapeutique postérieures à l'expiration du délai de 3 ans pour une autre affection que l'ALD à l'origine de l'arrêt à temps complet.

Exemple :

Un assuré est en arrêt de travail à temps plein pendant 180 jours.

A l'issue des 180 jours, un arrêt en mi-temps thérapeutique lui est prescrit.

L'indemnisation peut se faire au-delà du délai d'un an et dans la limite de la durée maximale de 4 ans.

2.5.1.3. Absence de délai de carence

En application de l'article 33 alinéa 2 du décret du 17 juin 1938, le marin accidenté ou malade en dehors de la navigation, reçoit une indemnité journalière, servie à partir du quatrième jour de l'incapacité de travail.

L'article 33 a qui prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique, dispose que c'est l'indemnité prévue à l'article 33 qui est maintenue.

En application strict des textes, un délai de carence de 3 jours devrait donc s'appliquer et l'indemnisation ne devrait débuter qu'à compter du 4 -ème jour du mi-temps thérapeutique. Toutefois, au régime général, depuis 2020, le délai de carence a été supprimé pour le mi-temps thérapeutique.

L'article L323-3 du CSS modifié par la LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 85 (V) prévoit en effet que : *« L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants :*

1° Le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;

2° L'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité.

Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ainsi que sa durée de versement sont déterminées par décret en Conseil d'Etat ».

Cette mesure a été prise par le législateur pour encourager la reprise d'une activité à mi-temps thérapeutique plutôt que l'arrêt à temps complet.

Cette disposition (L323-1 du CSS) prévue au livre 3 du code de la sécurité ne s'applique pas par principe au régime des marins.

Cependant, l'article R.711-17 du CSS prévoit que les régimes spéciaux assurent, pour chaque risque, des prestations équivalentes à celles du régime général.
Il ne résulte que l'Enim ne peut pas verser des indemnités journalières au titre d'un mi-temps thérapeutique seulement à partir du 4eme jour alors que les salariés du régime général sont indemnisés à partir du 1er jour.

Par conséquent, il convient de ne pas appliquer le délai de carence.

2.5.2. Le calcul de l'indemnité journalière maintenue pendant le temps partiel thérapeutique

En application de l'article 12 b du décret du 17 juin 1938 : *« Le montant de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière. (…). »*

En application de l'article 33 a, « Sauf cas exceptionnel que la caisse appréciera, le montant de l'indemnité maintenue ne peut porter le gain total de l'assuré à un chiffre supérieur au salaire normal des marins de sa catégorie (…) ».

En outre, **l'article 7 du décret du 17 juin 1938 en son alinéa** 1 prévoit que : *"Pour le calcul des pensions, rentes et allocations servies par la caisse générale de prévoyance, le salaire annuel s'entend du salaire défini conformément à l'article L. 5553-5 du code des transports, et correspondant à la dernière activité professionnelle antérieure soit à l'accident, soit au débarquement pour maladie, soit au début de l'incapacité de travail, soit au décès et ayant servi de base aux cotisations et contributions dues à l'établissement national des invalides de la marine."*

- Il en découle que le maintien d'indemnité journalière pendant la reprise du travail à temps partiel a pour objet de compenser la perte de revenus, à hauteur du salaire forfaitaire de la catégorie dans laquelle le marin se trouvait avant son arrêt à temps complet.

  L''indemnité journalière liée au mi-temps thérapeutique est calculée sur la même catégorie que celle retenue pour le calcul de l'indemnité journalière initiale.

- Il résulte également de ces dispositions que le montant de l'indemnité journalière en cas de prescription d'un temps partiel thérapeutique est variable puisqu'il dépend du montant du salaire versé par l'employeur (salaire réduit en proportion des heures réellement effectuées au cours du mois), étant précisé que ce montant variable est soumis à un plafond.

En effet, le montant du salaire réduit versé par l'employeur additionné à celui du montant de l'indemnité journalière versée par l'ENIM ne peut dépasser le salaire forfaitaire ayant servi de base au calcul de l'indemnité journalière du fait de l'arrêt de travail à temps complet

- **Eléments de salaire à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité pendant le temps partiel thérapeutique**

Lors d'un temps partiel thérapeutique, le salaire du marin est réduit en proportion des heures réellement effectuées au cours du mois.

A ce titre, conformément au droit du travail, le bulletin de paie du marin doit faire apparaître d'une part, le salaire normal du salarié (conditions prévues par son contrat d'engagement maritime en application de l'article L5542-3 5° du code des transports) et d'autre part, le montant du salaire réduit du fait de la quotité de travail réduite.

En outre, sur le plan social et pour permettre à l'ENIM de verser les indemnités journalières au marin salarié, l'employeur de ce dernier, envoie mensuellement et à terme échu, une attestation faisant état du salaire brut mensuel de référence et du montant brut perdu en raison du temps partiel thérapeutique.

Concrètement, l'employeur doit indiquer d'une part, le montant du salaire brut versé au titre de la période de référence (dernier salaire mensuel brut précédent l'arrêt de travail à temps complet) et d'autre part, la perte brute du salaire du fait du temps partiel thérapeutique).

Pour les mois suivants, il faudra réévaluer le montant de l'indemnité journalière en temps partiel thérapeutique en regardant le salaire perçu réellement.

A noter qu'en application de l'article L 5544.35 du code des transports, les primes versées au cours du mois de référence doivent être prises en compte pour 1/12eme lorsqu'elles sont annuelles, dans leur intégralité lorsqu'elles sont mensuelles.

L'indemnité de nourriture doit être comptabilisé dans son intégralité également, et ce, même si le marin exerce son activité à temps partiel.

Exemple :

Un marin est classé en catégorie 4 avant son arrêt à temps complet.

Le salaire forfaitaire journalier de référence est de 67.01 euros.

Il percevait un salaire réel de 50.00 euros/jour lors de sa dernière activité.

Son indemnité journalière à temps plein est de 33.50 euros (67.01 x 50 %)

Lorsque son temps partiel thérapeutique démarre, il perçoit un salaire l à temps partiel de 25.00 euros/jour et une prime annuelle de 1 000.00 euros.

Cette prime revenue au mois vaut 83.33 euros soit 2.78 euros/jour pour un mois de 30 jours.

Son indemnité journalière sera de 67.01 – (25 + 2.78) = 39.23 euros/jour.

2.6. L'INDEMNISATION DE LA FEMME MARIN DU FAIT DE SA GROSSESSE

Outre, une indemnisation accordée à la femme marin enceinte (marin salarié et marin non salariée) au titre de la maternité et dont les conditions sont exposées dans 🕮 ***« l'instruction concernant les prestations du régime spécial de sécurité sociale des marins liées à l'accueil de l'enfant »***, le décret du 17 juin 1938 prévoit le versement d'indemnités journalières dans deux situations :

- En cas d'arrêt de travail lié à une grossesse pathologique ou des suites d'une grossesse pathologique

- En cas d'arrêt de travail lié à la reconnaissance d'une inaptitude à la navigation pour fait de grossesse

2.6.1. Arrêt de travail lié à une grossesse pathologique ou des suites d'une grossesse pathologique

L'article 41 du décret du 17 juin 1938 prévoit que ***« En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'intéressée est placée sous le régime de l'assurance maladie à partir de la constatation de l'état morbide.***

En ce qui concerne l'assurée, les dispositions de l'article 47 ci-après reçoivent application, le cas échéant.

Si l'état morbide a été constaté en cours de grossesse, la prestation forfaitaire prévue à l'article 40 est due au titre de l'accouchement. Elle comprend les frais médicaux et pharmaceutiques normaux relatifs à cet accouchement ; les prestations de l'assurance maladie restent dues pour les autres dépenses engagées par le bénéficiaire du fait de son état ».

En outre, **l'article 42 prévoit** que *« L'indemnité de repos est égale à 90 % du salaire défini à l'article 7.*

Cette indemnité est servie durant les mêmes périodes et aux mêmes conditions que celles fixées par le Code de la sécurité sociale en ce qui concerne les ressortissantes du régime général de la sécurité sociale.

L'indemnité est allouée après les couches, même si l'enfant a été présenté sans vie à l'officier d'état civil.

Dans les cas prévus à l'article 41, l'assurée a droit à l'indemnité journalière de maladie, par application de l'article 33, mais elle ne la cumule pas avec l'indemnité de repos »

Il résulte de l'application combinée des deux articles que la femme marin en arrêt de travail, pour une grossesse pathologique ou des suites d'une grossesse pathologique, bénéficie non pas des indemnités journalières de repos mais des indemnités journalières versées au titre de la maladie, sur le fondement de l'article 33 du décret du 17 juin 1938 et calculées sur la base de 50% du salaire forfaitaire.

2.6.2. Arrêt de travail lié la reconnaissance d'une inaptitude à la navigation pour fait de grossesse

Lorsque la femme marin est enceinte, son état de grossesse donne lieu à une évaluation d'aptitude par le médecin des gens de mer, tenant compte notamment des conditions de travail et d'éloignement, intégrée dans une démarche de qualité de service indiquant ce qu'il est possible de faire ou ne pas faire.

Après l'accouchement et passé le congé légal de maternité, le médecin des gens de mer contrôle également l'aptitude médicale de la femme marin à la reprise de la navigation après le congé de maternité

Si l'inaptitude à la navigation est reconnue du fait de la grossesse, une allocation journalière issue du décret n° 2015-1203 du 29 septembre 2015 dont les dispositions ont été codifiées aux articles 42-1 et 42-2 du décret du 17 juin 1938, est alors accordée par le régime de prévoyance des marins, aux femmes marins salariées et non salariées.

2.6.2.1. L'allocation journalière à la charge de l'Enim pour les femmes marins salariées

Selon l'article 42-1 du décret du 17 juin 1938, *« Les femmes marins salariées déclarées inaptes à la navigation du fait de leur grossesse dont le contrat d'engagement maritime est suspendu suite à l'impossibilité pour l'employeur de leur proposer un reclassement dans un emploi à terre bénéficient, hors de la période ouvrant droit au congé légal de maternité, d'une allocation journalière versée par le régime de prévoyance des marins.*

Les conditions d'ouverture du droit à l'allocation journalière s'apprécient conformément aux dispositions des II et III de l'article 29.

L'allocation journalière est accordée à compter de la date de suspension du contrat de travail de l'intéressée.

L'allocation est supprimée ou suspendue à compter de la date à laquelle les conditions d'attribution ne sont plus réunies.

Les règles de cumul fixées par l'article L. 333-3 du code de la sécurité sociale sont applicables ».

Les indemnités journalières sont versées à la femme marin enceinte dont l'employeur n'a pas été en mesure de lui proposer un emploi à terre et dont le contrat d'engagement maritime est donc suspendu.

Par renvoi à l'article L.333-3 du Code de la sécurité sociale, l'allocation femme enceinte ne peut se cumuler avec :

- l'indemnisation des congés de maternité, de maladie ou d'accident du travail
- le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- l'allocation journalière de présence parentale
- La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant
- La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celle-ci

2.6.2.2. L'allocation journalière à la charge de l'Enim pour les femmes marins non-salariées

L'allocation journalière est accordée aux femmes marins non salariées déclarées inaptes à la navigation en raison de leur grossesse et ne pouvant plus poursuivre leur activité **(article 42-2 du décret du 17 juin 1938).**

Les conditions relatives à la durée de cotisations, les règles de non cumul et les causes suspension ou suppression des allocations fixées pour les salariées s'appliquent également pour les non salariées.

2.6.2.3. Montant de l'allocation journalière versée par l'Enim

Le montant des allocations journalières versés aux femmes maris (salariées et non salariées) est égal à 50% du salaire forfaitaire.

L'allocation journalière donne lieu à prélèvement de la CSG CRDS et cotisations vieillesses personnelles au même titre qu'un congé maladie.

Les allocations versées donnent lieu à une déclaration des services.

2.7. LE MONTANT DES PRESTATIONS EN ESPECES AU TITRE D'UNE MCN ET D'UN ACCIDENT OU MALADIE NON LIE A UN RISQUE PROFESSIONNEL.

Aux termes **des articles 28 et 33 du décret du 17 juin 1938**, l'indemnité journalière versée au titre d'une MCM ou d'un accident ou maladie non lié à un risque professionnel est égale à 50 % du salaire forfaitaire.

La période de référence du salaire forfaitaire est fixée **par l'article 7 du décret du 17 juin 1938** *qui prévoit que « Pour le calcul des pensions, rentes et allocations servies par la caisse générale de prévoyance, le salaire annuel s'entend du salaire défini conformément à l'article L. 5553-5 du code des transports, et correspondant à la dernière activité professionnelle antérieure soit à l'accident, soit au débarquement pour maladie, soit au début de l'incapacité de travail, soit au décès et ayant servi de base aux cotisations et contributions dues à l'établissement national des invalides de la marine.*

En cas de rechute d'une affection de longue durée, le salaire forfaitaire servant de base de calcul des pensions et prestations servies par la caisse générale de prévoyance est le salaire correspondant à la catégorie dans laquelle le marin était classé lorsqu'a été constatée pour la première fois l'affection de longue durée, sauf si la fonction exercée lors de la rechute correspond à une catégorie plus favorable.

Ce salaire ne peut, en aucun cas, être inférieur au salaire annuel minimum applicable en vertu de l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale.

Le salaire journalier s'entend du quotient obtenu en divisant le salaire annuel par 360 ».

L'indemnité journalière qui est un revenu de remplacement est soumise au prélèvement de la CSG et de la CRDS.

En application de l'article L.5553-3 du code des transports, elle est également soumise au prélèvement de la cotisation personnelle vieillesse assise sur le montant de l'indemnité journalière.

L'article L.5553-3 prévoit en effet que *« Les périodes de perception d'une indemnité journalière de sécurité sociale pour accident du travail ou maladie professionnelle, accident non professionnel, maladie, maternité ou congé de paternité et d'accueil de l'enfant donnent lieu, de la part des bénéficiaires, au versement de la cotisation personnelle assise sur le montant de cette indemnité ».*

Le Directeur de l'Etablissement national

des invalides de la marine

SIGNE

Laurent GALLET

ANNEXE N°1 : Liste des Etats signataires de conventions bilatérales avec la France prévoyant la prise en charge des soins inopinés des ressortissants français en séjour temporaire sur leur territoire

Etat signataire	Convention bilatérale	Formulaire soins à l'étranger des assurés français	Observations
Andorre	Article 16 de la convention de sécurité sociale entre la République française et la Principauté d'Andorre du 12/012/2000	SE 130-04	
Bénin	Convention générale du 6/11/1979		
Jersey	Article 5 échange de lettres du 29/05/1979 valant application de la convention générale du 10/07/1956 entre la France et le Royaume-Uni	Néant	Pas de formulaire à présenter. Seulement passeport ou CNI pour les ressortissants français
Monaco	Article 8.2 de la convention franco-monégasque du 28/02/1952	Pas besoin de formulaire	Permet l'application directe de la législation du régime de SS d'affiliation de l'assuré pour des soins reçus dans l'autre Etat

ANNEXE N°2 : Liste des Etats signataires de conventions bilatérales avec la France ne prévoyant pas la prise en charge des soins inopinés des ressortissants français en séjour temporaire sur leur territoire[2]

Etat signataire	Convention bilatérale	Formulaire soins des assurés dans leur pays d'origine	Observations
Algérie	Convention générale du 1er octobre 1980	SE 352-05 I	
Bosnie	Convention générale et arrangement administratif du 23/01/1967	SE 21-04 A	
Cap-Vert	Convention générale du 15/01/1980		
Gabon	Accord du 2/10/1980	SE 328-09	
Kosovo	Article 8 de la convention franco-yougoslave du 5/01/1950 et arrangement administratif complémentaire du 27/01/1978	SE 21-04 A	
Macédoine	Article 8 de l'arrangement administratif du 23/01/1967 pris pour l'application de la convention franco-yougoslave du 5/01/1950 applicable à la Macédoine par la succession en matière de traités en date du 14/12/1995	SE 21-04 A	
Monténégro	Article 8§2 de de la convention franco-yougoslave du 5/01/1950 applicable au Monténégro par la succession en matière de traités en date du 26/03/2003	SE21-04A	
Mali	Article 9 de la convention générale du 12/06/1979	SE 335.04	

[2] *La prise en charge des soins est réservée aux ressortissants de l'Etat signataire résidant en France, en séjour temporaire dans leur Etat d'or*

Maroc	Article 10 de la convention générale franco-marocaine de sécurité sociale du 22/10/2007	SE 350-04	
Niger	Article 11 de la convention générale du 28/03/1973		Aucune coordination de la branche maladie. Couverture maternité réservée aux ressortissantes nigériennes en séjour temporaire dans leur pays d'origine
Québec	Article 25 de l'entente du 17/12/2003		Couverture maladie pour les ressortissants canadiens résidant en France, qui résidaient au Québec avant leur départ en France, en séjour temporaire dans leur pays d'origine, dès lors qu'ils n'ont pas la double nationalité
Serbie	Article 8§2 de de la convention franco-yougoslave du 5/01/1950 applicable à la Serbie par la succession en matière de traités en date du 26/03/2003	SE21-04A	
Togo	Article 25 de la convention générale franco-togolaise sur la sécurité sociale du 7/12/1971		Aucune coordination de la branche maladie. Couverture maternité réservée aux ressortissantes togolaises en séjour temporaire dans leur pays d'origine. Seulement PE, pas PN
Tunisie	Article 10 de la convention générale du 26/06/2003	SE 351-04	
Turquie	Article 12 de la convention générale du 20/01/1972	SE 208-06 I	

ANNEXE N°3


A BORD D'UN NAVIRE
Un évènement soudain, imprévisible, générant une lésion = un accident du travail maritime
Mais si l'évènement ne peut pas être qualifié en ATM faute de pièces officielles prouvant la matérialité ou le lien avec le travail = Accident non professionnel
A TERRE
Un évènement soudain, imprévisible, générant une lésion = un accident ...
... lié au travail = Accident du travail maritime
... non lié au travail = Accident non professionnel
Maladie d'un marin : comment qualifier ?
OÙ LES SYMPTÔMES SONT-ILS CONSTATÉS ?
À bord du navire
À terre
Symptômes constatés à bord et débarquement requis
Maladie en cours de navigation (MCN)
Symptômes constatés à terre
Maladie hors navigation
Une maladie est une altération physique qui provoque des symptômes, elle n'est pas causée par un fait intervenu à une date certaine.