



« Si la délivrance “gratuite”
des soins est parfois possible
pour les personnes démunies,
seule l’acquisition d’une
protection complémentaire
(CMU-C/AME) peut permettre
la continuité des soins. »

→ ACCÈS AUX SOINS

ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS

CONDITIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS

Selon les textes de loi et de déontologie, toute personne démunie doit recevoir les soins nécessaires dans l'ensemble des services de santé mais, dans la pratique, les obstacles à l'accès aux soins des migrants/étrangers en situation précaire restent nombreux. Si la délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est parfois possible, seule l'acquisition d'une protection complémentaire (CMU-C/AME) peut permettre la continuité des soins. Or la prise en charge des exilés se heurte à des difficultés croissantes d'obtention d'une protection maladie, mais également à la multiplication des refus de soins par certains professionnels de santé face aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

VOIR AUSSI *Protection maladie* page 189

OBSTACLES ET ITINÉRAIRES DE SOINS

En France, l'accès aux soins n'est possible qu'en cas de dispense d'avance des frais (voir page 172). Dans tous les services « de droit commun », l'accès aux soins curatifs est payant. C'est pourquoi, sauf dispense d'avance des frais, les personnes en situation de grande précarité financière ne se rendront dans une structure de soins que dans les situations qu'elles jugent urgentes et/ou prioritaires, au risque d'un refus de soins ou d'une facture à recevoir.

Très souvent évoqués, les obstacles culturels à l'accès aux soins ne se trouvent pas forcément du côté des migrants/étrangers. En matière de sécurité sociale, la complexité des droits et des procédures est ressentie par l'ensemble des usagers et des professionnels. S'il existe une culture commune aux étrangers en séjour précaire, c'est la culture de la survie : les démarches pour « les papiers » (préfecture) ou l'hébergement sont naturellement prioritaires par rapport aux besoins, également ressentis, de prévention médicale.

La culture du système de santé face aux usagers « à problèmes » participe de l'exclusion des soins. L'invention régulière de dispositifs « spécialisés » (pour les pauvres, les exclus, les étrangers...) et le recours parfois inutile aux dispositifs de soins gratuits entretiennent les mécanismes d'une exclusion « douce ». De plus, dans de nombreuses croyances, les soins et traitements gratuits sont réputés moins efficaces que les soins payants. La culture du « remboursement » propre à l'institution sécurité sociale est une difficulté supplémentaire pour l'application de la réforme CMU, où l'ouverture de droit doit théoriquement précéder le soin. Enfin, la culture médicale, où prime souvent la technicité du soin par rapport à la prise en charge du patient, peut également poser problème. L'obtention d'une protection maladie n'est pas seulement « l'affaire de l'assistante sociale », mais doit également impliquer les autres professionnels de santé, dont les médecins.

Les obstacles linguistiques se trouvent à toutes les étapes du parcours pour les exilés qui ne parlent ni français ni anglais (voir *Interprétariat* page 28). La présence d'un interprète professionnel est particulièrement recommandée, mais difficile à obtenir dans de nombreux dispositifs de soins. À défaut, l'accompagnant faisant office d'interprète a l'avantage de pouvoir suivre le patient dans ses diverses démarches, mais ne présente pas les qualités requises d'un professionnel : technicité, neutralité et confidentialité. Pour résoudre des difficultés ponctuelles, le recours par téléphone à un proche du patient ou à un service d'interprétariat professionnel peut être utile.

**POUR LES COORDONNÉES DES
28 000 ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX
EN FRANCE :**

*Annuaire sanitaire
et social,*
www.sanitaire-social.com

Conditions d'accès aux différents dispositifs de santé

Les dispositifs de santé publique (voir *CDAG et centres de prévention* page 317, *Centres référents en santé mentale* page 286 et *Répertoires régionaux*) assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population. Certains d'entre eux doivent également délivrer les médicaments nécessaires (antituberculeux dans les CLAT, psychotropes dans les CMP).

Les dispositifs de soins de droit commun (cabinets médicaux, centres de santé, hôpitaux publics et de service public) sont payants et ne sont accessibles pour les personnes démunies qu'avec une protection maladie. À défaut, il est parfois possible de bénéficier d'une consultation médicale gratuite (actes gratuits en médecine ambulatoire) ou sans paiement préalable (urgences hospitalières, avec réception consécutive de la facture à domicile).

Les dispositifs de « soins gratuits » permettent théoriquement de pallier les périodes d'exclusion de droits pour les personnes démunies. Les centres gérés par les organisations non gouvernementales peuvent généralement délivrer des médicaments et effectuer des examens simples. Mais l'accès aux consultations, actes et traitements spécialisés n'est possible que dans les dispositifs de droit commun en cas de dispense d'avance des frais (protection base et complémentaire préalable) ; et à défaut dans les Pass (voir chapitre suivant) de l'hôpital public, dont certaines génèrent toutefois des factures.

PREMIERS SOINS ET CONTINUITÉ DES SOINS

L'ignorance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la complémentaire CMU (voir page 212), alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits ». Or en l'absence d'une protection maladie intégrale, ces dispositifs ne peuvent assurer la continuité des soins au-delà des premiers soins délivrés et tendent souvent à développer une médecine « à moindres frais », où les examens et traitements ne dépendent plus seulement de la pathologie, mais des ressources du dispositif et/ou du patient.

« Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. »

La délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est possible dans certains dispositifs « à bas seuil ». Dans les centres de certaines associations, Pass de l'hôpital public, en médecine de ville (actes gratuits), ou en cas de consultation nocturne aux urgences, on peut bénéficier « sans payer » d'une consultation médicale, assortie d'une prescription de traitements ou d'explorations complémentaires et certains dispositifs de soins gratuits délivrent également les premiers traitements nécessaires ou permettent l'accès à une consultation spécialisée. Certains de ces services génèrent toutefois des factures, elles-mêmes à l'origine d'abandon de soins pour certains patients qui ne savent pas comment payer.

La continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais (base sécu/CMU/AME + complémentaire CMU/AME). Sans protection complémentaire, les usagers financièrement démunis ne peuvent se soigner. La répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec la « gratuité » : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces patients retournent, en cas d'aggravation de leur état, vers les dispositifs à bas seuil.

OBTENIR UNE PROTECTION MALADIE (VOIR PAGE 189)

Depuis la réforme législative de l'aide médicale État en décembre 2003, une partie de la population peut se trouver juridiquement exclue des soins médicaux nécessaires, au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière, en raison de la suppres-

sion de la procédure d'admission immédiate et de la création d'un délai de résidence de 3 mois. La loi de décembre 2003 a mis fin à une période de 12 années, depuis la réforme de l'aide médicale de 1992, où toute personne démunie résidant en France relevait du droit commun en matière de protection maladie, même si ce mouvement de discrimination légale des sans-papiers avait été amorcé en 1993 (exclusion de la sécurité sociale) et poursuivi en 1999 (exclusion de la couverture maladie « universelle »).

Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes : immatriculation, affiliation, admission à la protection complémentaire CMU ou AME. Des difficultés persistent en raison de la complexité du système et de la méconnaissance du droit par les professionnels de la santé, du social, ou de la sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses pour la différenciation CMU/AME (statut du séjour), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et des droits spécifiques des demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour).

L'information délivrée par les travailleurs sociaux ou les soignants, au besoin à l'aide d'un interprète, est déterminante. Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches (les soins gratuits, ça n'existe pas) et leur logique (seule la complémentaire CMU/AME garantit la dispense d'avance des frais pour tous les soins, contrairement au « 100 % ALD »). Il doit être prévenu des diverses demandes de la sécurité sociale (attestations d'identité, de résidence, de domiciliation/hébergement, de ressources), et du risque de refus lors de sa première demande ou de la demande d'admission immédiate (complémentaire CMU) ou d'instruction prioritaire (AME) pour revenir solliciter l'intervention du professionnel ou de l'association.

Dans la plupart des cas, l'intervention téléphonique d'un professionnel ou d'une association informés auprès du centre de sécurité sociale ou de la CPAM permet l'application du droit, mais il reste souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide. Certaines solutions restent hors d'atteinte des intervenants, comme la systématisation de la délivrance de récépissés de demande de complémentaire CMU, la délivrance de la carte Vitale même en cas de numéro d'immatriculation « provisoire » et, pour les bénéficiaires de l'AME, les refus de soins par des professionnels de santé (consultation, pharmacie) en cas d'absence de carte Vitale et malgré une notification écrite d'admission.

« Il reste souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide. »

ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) de l'hôpital public constituent le seul dispositif de santé permettant en théorie l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie. La loi de finances rectificative du 31 décembre 2003 (art. 97), en restreignant l'accès à l'aide médicale État, en a fait le seul recours aux soins possible pour une partie de la population, les étrangers en situation irrégulière résidant en France (« sans-papiers ») au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection maladie.

VOIR AUSSI *Répertoire Île-de-France* page 485 et *Répertoire PACA* page 538

EN DROIT ET EN PRATIQUE

Les hôpitaux publics (dont les établissements privés participant au service public hospitalier) ont notamment dans leurs missions l'accès aux soins des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale. L'article L.6112-6 du Code de la santé publique (CSP), commenté dans la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 98, dispose que « *les établissements publics de santé [...] mettent en place les Permanences d'accès aux soins de Santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* ».

Selon la même circulaire : « *Les Pass sont des cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier [...] Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (...) Elles doivent également répondre à toutes les demandes des jeunes femmes démunies qui sont à la recherche de mesures de prévention en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ou d'accueil pour leur enfant.* »

La circulaire met en garde contre la création d'un dispositif discriminatoire : « *Les Pass pourront être situées à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquelles elles serviront de relais. Il ne s'agit, en aucun cas, de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population, notamment dans le cadre de consultations de médecine générale à horaires élargis.* »

Dans la pratique, de nombreux établissements publics de santé ne respectent pas ces obligations et il est souvent difficile de savoir où se situe la « permanence d'accès aux soins de santé » au sein de l'hôpital. Le plus souvent, le service social de l'hôpital ressort comme l'interlocuteur le plus informé. Il faut parfois faire référence aux éléments de droit rappelés ci-dessus pour accéder effectivement aux services de consultation. Il existe une grande diversité de moyens et de modes d'organisation : certaines Pass ont des locaux et du personnel dédiés, une grande majorité sont rattachées à un service existant (souvent celui des urgences), tandis que 10 % ne possèdent ni local ni personnel spécifiques. La présence ou l'intervention d'interprètes y est rare. Dans la pratique, la Pass est censée organiser, via la pharmacie hospitalière, un réel accès aux médicaments mais seulement la moitié d'entre elles ont un protocole interne permettant ce service.

Il faut donc être vigilant et intervenir chaque fois que nécessaire auprès des responsables de la Pass, voire de la direction de l'établissement.

ATTENTION !

En raison du risque perçu par les hôpitaux publics du « tourisme médical », certaines Pass tendent à refuser d'accueillir des étrangers entrés en France depuis moins de 3 mois et/ou sous visa de tourisme en cours de validité. Or des étrangers démunis, qui relèvent donc des Pass, peuvent se trouver dans cette situation.

COORDONNÉES DES PASS EN FRANCE

CH : Centre hospitalier CHI : Centre hospitalier intercommunal CHG : Centre hospitalier général
 CMC : Centre médico-chirurgical CHS : Centre hospitalier spécialisé CHU : Centre hospitalier Universitaire
 HL : Hôpital local

STRUCTURE ET ADRESSE | TÉLÉPHONE

ALSACE

67	HAGUENAU CH 64 avenue du Pr. René Leriche 67504	T : 03 88 06 33 33
	STRASBOURG CHU 1 place de l'Hôpital 67091	T : 03 88 11 67 68
68	COLMAR HC 39 avenue de la Liberté 68024	T : 03 89 12 40 00
	MULHOUSE CH 87 avenue d'Altkirch 68051	T : 03 89 64 64 64

AQUITAINE

24	BERGERAC CH Samuel Pozzi 9 av Calmette 24108	T : 05 53 63 88 88
	PÉRIGUEUX CH 80 avenue Georges Pompidou 24019	T : 05 53 45 25 25
	SARLAT CH Le Pouget-avenue Jean Leclair 24204	T : 05 53 31 75 75
33	BLAYE CH Saint Nicolas rue de l'hôpital 33390	T : 05 57 33 40 00
	BORDEAUX Centre d'Albret Hospital Saint-André 86 cours d'Albert 33000	T : 05 56 79 56 79
	BORDEAUX CHU Hôpital Pellegrin place Amélie Raba Léon 33076	T : 05 56 79 56 79
	CADILLAC-SUR-GARONNE CH 89 rue Cazeaux Cazalet 33410	T : 05 56 76 54 54
	LANGON CH Pasteur rue Paul Langevin 33212	T : 05 56 76 57 57
	LESPARRE-MÉDOC Clinique Mutual. du Médoc 64 r Aristide Briand 33341	T : 05 56 73 10 00
	LIBOURNE CHR Robert Boulin 112 rue de la Marne 33505	T : 05 57 55 34 34
40	DAX CH boulevard Yves du Manoir 40107	T : 05 58 91 48 48
	MONT-DE-MARSAN CH avenue Pierre de Coubertin 40024	T : 05 58 05 10 10
47	AGEN CH route de Villeneuve 47923	T : 05 53 69 70 71
	MARMANDE CHIC de Marmande-Tonneins 76 rue du Dr Courret 47200	T : 05 53 20 30 40
	VILLENEUVE-SUR-LOT CH Saint-Cyr 2 boulevard Saint Cyr 47307	T : 05 53 40 53 40
64	BAYONNE CH de la Côte Basque 13 av de l'Interne Jacques Loeb 64109	T : 05 59 44 35 35
	OLORON-SAINTE-MARIE CHG avenue du Docteur Fleming 64404	T : 05 59 88 30 30
	PAU CH 4 boulevard Hauterive 64046	T : 05 59 92 48 48

AUVERGNE

03	MONTLUÇON CH 18 avenue du 8 Mai 1845 03113	T : 04 70 02 30 30
	MOULINS CH de Moulins-Yzeure 10 avenue Charles de Gaulle 03006	T : 04 70 35 77 77
	VICHY CH boulevard Denière 03201	T : 04 70 97 33 33
15	AURILLAC CH Henri Mondor 50 avenue de la République 15002	T : 04 71 46 56 56
	MAURIAC CH avenue Fernand Talandier 15200	T : 04 71 67 33 33
	SAINT-FLOUR CH 2 avenue du Docteur Mallet 15102	T : 04 71 60 64 64
43	LE PUY-EN-VELAY CH Émile Roux 12 boulevard du Dr Chantemesse 43012	T : 04 71 04 32 10
	BRIOUDE CH, Upatou 2 rue Michel de l'Hospital 43102	T : 04 71 50 99 99
	YSSINGEAUX CH 20 rue de la Marne 43200	T : 04 71 65 77 00
63	AMBERT CH avenue Georges Clemenceau 63600	T : 04 73 82 73 82

	STRUCTURE ET ADRESSE	TÉLÉPHONE
63	CLERMONT-FERRAND CHU Gabriel Montpied 58 rue Montalembert 63000	T : 04 73 75 07 50
	ISSOIRE CH Paul Ardier 13 rue du Docteur Sauvat 63503	T : 04 73 89 72 72
	RIOM CH Guy Thomas Boulevard Étienne Clémentel 63204	T : 04 73 67 80 00
	THIERS CH route du Fau 63300	T : 04 73 51 10 00

BASSE-NORMANDIE

14	BAYEUX CH 13 rue de Nesmond 14400	T : 02 31 51 51 51
	CAEN CHU avenue Côte de Nacre 14033	T : 02 31 06 31 06
	CAEN Clinique de la Miséricorde 15 Fossés Saint Julien 14008	T : 02 31 38 50 00
	LISIEUX CH Robert Bisson 4 rue Roger Aini 14100	T : 02 31 61 31 31
50	AVRANCHES CHG 59 rue de la Liberté 50300	T : 02 33 89 40 00
	CHERBOURG CH Louis Pasteur rue du Trottebecq 50102	T : 02 33 20 70 00
	SAINT-LÔCH Mémorial France 715 rue Henri Dunant 50009	T : 02 33 06 33 33
61	ALENCON CH 25 rue de Fresnay 61014	T : 02 33 32 30 30
	FLERS CH Jacques Monod rue Eugène Garnier 61104	T : 02 33 62 62 00
	ARGENTAN CH 47 rue Aristide Briand 61202	T : 02 33 12 33 12
	L'AIGLE CH Saint-Louis 10 rue du Dr Frinault 61305	T : 02 33 24 95 95
	MORTAGNE-AU-PERCHE CH Marguerite de Lorraine 9 rue de Longny 61400	T : 02 33 83 40 40

BOURGOGNE

21	BEAUNE CH Philippe Le Bon avenue Guigone de Salins 21204	T : 03 80 24 44 44
	CHÂTILLON-SUR-SEINE CHI rue Claude Petiet 21402	T : 03 80 81 73 00
	DIJON CHU Hôpital Général 3 rue du faubourg Raines 21035	T : 03 80 29 30 31
	MONTBARD CHI rue A. Cassé 21500	T : 03 80 89 73 73
58	NEVERS CH Pierre Bérégovoy 1 boulevard de l'Hôpital 58033	T : 03 86 93 70 00
71	CHALON-SUR-SAÔNE CH William Morey 7 quai de l'Hôpital 71100	T : 03 85 42 45 90
	LE CREUSOT Hôtel-Dieu 175 rue Maréchal Foch 71200	T : 03 85 77 20 00
	MACON CH Les Chanaux boulevard Louis Escande 71018	T : 03 85 20 30 40
	PARAY-LE-MONIAL CH 15 rue Pasteur 71604	T : 03 85 88 44 44
89	AUXERRE CH 2 boulevard de Verdun 89000	T : 03 86 48 48 48
	SENS CH Gaston Ramon 1 avenue Pierre de Coubertin 89108	T : 03 86 86 15 15

BRETAGNE

22	LANNION CH Pierre Le Damony Kergomar 22303	T : 02 96 05 71 11
	LOUDÉAC CHIC de Plemet-Loudéac rue de la Chesnaie 22606	T : 02 96 25 32 25
	PAIMPOL CHG Chemin de Malabry 22501	T : 02 96 55 60 00
	SAINT-BRIEUC CH 10 rue Marcel Proust 22023	T : 02 96 01 71 23
29	BREST CHRU boulevard Tanguy Prigent 29609	T : 02 98 22 33 33
	CARHAIX-PLOUGUER CH rue du Dr Menguy 29270	T : 02 98 99 20 20
	DOUARNENEZ CH 83 rue Laennec 29171	T : 02 98 75 10 10
	LANDERNEAU CH F. Grall route Pencran 29800	T : 02 98 21 80 00
	MORLAIX CH 15 rue de Kersaint Gilly 29205	T : 02 98 62 61 60

STRUCTURE ET ADRESSE		TÉLÉPHONE
	QUIMPER CH de Cornouaille et de Concarneau 14 av. Yves Trépot 29187	T : 02 98 52 60 60
	QUIMPERLÉ CH 20 bis av. Maréchal Leclerc 29391	T : 02 98 96 60 00
35	FOUGÈRES CH 133 rue de la Forêt 35305	T : 02 99 17 70 00
	REDON CH 8 avenue Étienne Gascon 35603	T : 02 99 71 71 71
	RENNES CHR Pontchaillou 2 rue Henri Le Guilloux 35033	T : 02 99 28 43 21
	SAINT-MALO CHG 1 rue de la Marne 35403	T : 02 99 21 21 21
56	LORIENT CH Bretagne-Sud 27 rue du Docteur Lettry 56322	T : 02 97 64 90 00
	PONTIVY CH Place Ernest Jan 56306	T : 02 97 28 40 40
	VANNES CH Bretagne Atlantique Prosper Chubert 20 boulevard Maurice Guillaumot 56017	T : 02 97 01 41 41

CENTRE

18	BOURGES CHG 145 avenue François Mitterrand 18016	T : 02 48 48 48 48
	VIERZON CH 33 rue Léon Mériqot 18100	T : 02 48 32 33 33
28	CHARTRES CH 34 rue du Docteur Maunoury 28018	T : 02 37 30 30 30
	DREUX Hôpital Victor Jousselin 44 avenue du Président Kennedy 28102	T : 02 37 51 52 00
36	CHÂTEAUROUX CH 216 avenue de Verdun 36019	T : 02 54 29 60 00
37	AMBOISE CHI Château Renault r des Ursulines 37403	T : 04 47 33 33 33
	TOURS CHRU Hôpital Bretonneau 2 boulevard Tonnellé 37044	T : 02 47 47 47 47
41	BLOIS CH Mail Pierre Charlot 41016	T : 02 54 55 66 33
	VENDÔME CH 98 rue Poterie 41106	T : 02 54 23 33 33
45	AMILLY CH de l'agglomération Montargoise 658 rue des Bourgeois 45207	T : 02 38 95 91 11
	GIEN CH Pierre Dezarnaulds 2 avenue Villejean 45503	T : 02 38 29 38 29
	ORLÉANS CHR 1 rue Porte Madeleine 45032	T : 02 38 51 44 44

CHAMPAGNE-ARDENNE

08	CHARLEVILLE-MÉZIÈRES CH 45 avenue de Manchester 08011	T : 04 75 58 70 70
	SEDAN CH 2 avenue Général Marguerite 08208	T : 04 75 27 80 00
	VOUZIERES CH 12 rue Henrionnet 08400	T : 04 75 30 71 00
10	TROYES CH 101 avenue Anatole France 10003	T : 03 25 49 49 49
51	ÉPERNAY CH Auban Moet 137 rue de l'Hôpital 51205	T : 03 26 58 70 70
	REIMS CHU Hôpital Maison Blanche 45 rue Cognacq-Jay 51092	T : 03 26 78 78 78
52	CHAUMONT CH 2 rue Jeanne d'Arc 52014	T : 03 25 30 70 30
	SAINT-DIZIER CH 4 rue Godard Jeanson 52115	T : 03 25 56 84 84

CORSE

2A	AJACCIO CH 27 avenue Impératrice Eugénie 20303	T : 04 95 29 90 90
2B	BASTIA-FURIANI CH route Royale 20200	T : 04 95 59 11 11

FRANCHE-COMTÉ

25	BESANÇON CHU Jean Minjot 3 boulevard Fleming niveau 1, 25030	T : 03 81 66 81 66
	MONTBÉLIARD CH Bouloche 2 r du Dr Flamand 25209	T : 03 81 91 61 61
39	DOLE CH Louis Pasteur avenue Léon Jouhaux 39108	T : 03 84 79 80 80

STRUCTURE ET ADRESSE		TÉLÉPHONE
70	GRAY CH du Val de Saône Pierre Vitter de Gray 5 rue de l'Arsenal 70104	T : 03 84 64 61 61
90	BELFORT CH 14 rue de Mulhouse 90016	T : 03 84 57 40 00

HAUTE-NORMANDIE

27	CONCHES-EN-OUICHE HL 25 rue du Dr Paul Guilbaud 27190	T : 02 32 30 21 27
	ÉVREUX CH 17 rue Saint-Louis 27023	T : 02 32 33 80 00
	LOUVIERS CHI 2 rue Saint-Jean 27406	T : 02 32 25 75 00
	PONT-AUDEMER CH de la Risle 64 route de Lisieux 27504	T : 02 32 41 64 64
	VERNON CH 5 rue du Docteur Burnet 27207	T : 02 32 71 66 00
76	ROUEN CHU Hôpital Charles Nicolle 1 rue de Germont 76031	T : 02 32 88 89 90
	LE HAVRE CH 55 bis rue Gustave Flaubert 76083	T : 02 32 73 32 32
	LILLEBONNE Hôpital-Clin. du Val-de-Seine 19 rue du Pt René Coty 76170	T : 02 35 39 36 36
	DIEPPE CH avenue Pasteur 76202	T : 02 32 14 76 76
	SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN CH du Rouvray 4 rue Paul Éluard 76301	T : 02 32 95 12 34
	ELBEUF CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil Point d'accueil et de santé 12 rue Camille Randoing 76500	T : 02 32 96 35 35
	FÉCAMP CH rue Henry Dunant 76504	T : 02 35 10 62 62

ÎLE-DE-FRANCE : voir *Répertoire IDF* page 485

LANGUEDOC-ROUSSILLON

11	CARCASSONNE CH Antoine Gayraud route de Saint-Hilaire 11890	T : 04 88 24 24 24
	CASTELNAUDARY CH 19 avenue Monseigneur de Langle 11492	T : 04 88 94 56 56
	LIMOUX HL de Limoux-Quillan 17 rue de l'Hospice 11300	T : 04 88 74 67 04
	NARBONNE CH 16 rue Rabelais 11108	T : 04 88 42 60 00
30	ALÈS CH 811 avenue Docteur Jean Goubert 30100	T : 04 66 78 33 33
	BAGNOLS-SUR-CÈZE CH Louis Pasteur avenue Alphonse Daudet 30205	T : 04 66 79 12 70
	LE VIGAN HL avenue Emmanuel d'Alzon 30120	T : 04 67 81 61 00
	NÎMES CHU Gaston Doumergue place du Professeur Robert Debré 30029	T : 04 66 68 68 68
34	BÉZIERS CH 2 rue Valentin Haüy 34525	T : 04 67 35 70 35
	LUNEL HL 141 place de la République 34403	T : 04 67 87 71 00
	MONTPELLIER CHU Hôpital Saint-Éloi 2 avenue Bertin Sans 34295	T : 04 67 33 67 33
	SÈTE CH du Bassin de Thau boulevard Camille Blanc 34207	T : 04 67 46 57 93
48	MENDE CH avenue du 8 Mai 1945 48000	T : 04 66 49 49 49
66	PERPIGNAN CH Maréchal Joffre 20 avenue du Languedoc 66046	T : 04 68 61 66 33
	PRADES HL route de Cattlar 66501	T : 04 68 05 44 00
	THUIR CH Léon-Jean Gregory avenue du Roussillon 66301	T : 04 68 84 66 00

LIMOUSIN

19	BRIVE CH Bd du Docteur Verlhac 19312	T : 05 55 92 60 00
	TULLE CH 3 place Maschat 19012	T : 05 55 29 79 00
23	GUÉRET CH 39 avenue de la Sénatorie 23011	T : 05 55 41 19 12
87	LIMOGES CHU Dupuytren 2 avenue Martin Luther King 87042	T : 05 55 05 61 23

STRUCTURE ET ADRESSE | **TÉLÉPHONE**

LORRAINE

54	BRIEY CHG Maillot 31 avenue Albert de Briey 54151	T : 03 82 47 50 00
	LUNÉVILLE CH 2 rue Level 54301	T : 03 83 76 12 12
	MONT-SAINT-MARTIN Hôpital 4 rue Alfred Labbé 54414	T : 03 82 44 70 00
	NANCY CHU 29 avenue Maréchal de Lattre de Tassigny 54037	T : 03 83 85 85 85
	NANCY Maternité Régionale Antoine Pinard 10 rue du Dr Heydenreich 54042	T : 03 83 34 44 44
55	TOUL CH Saint-Charles 1 cours Raymond Poincaré 54201	T : 03 83 62 20 20
	BAR-LE-DUC CH Jeanne d'Arc 1 boulevard d'Argonne 55012	T : 03 29 45 88 88
	FAINS-VEEL CHS 36 route de Bar 55000	T : 03 29 76 86 86
57	VERDUN CH 2 rue d'Anthouard 55107	T : 03 29 83 84 85
	FORBACH CH Marie-Madeleine 2 rue Thérèse 57604	T : 03 87 88 80 00
	METZ HOP. N-D DE BON SECOURS 1bis pl. Philippe de Vigneules 57038	T : 03 87 52 16 41
	SARREBOURG CH Saint-Nicolas 25 avenue du Général de Gaulle 57402	T : 03 87 23 24 25
	SARREGUEMINES CHG Hôpital du Parc 1 rue de l'Hôpital 57206	T : 03 87 95 88 00
88	THIONVILLE CHR Metz-Thionv. Rés. les Vergers 9 r Château Jeannot 57100	T : 03 82 88 15 03
	ÉPINAL CH Jean Monnet 3 avenue Robert Schuman 88021	T : 03 29 68 70 00
	REMIREMONT CH 1 rue Georges Lang 88204	T : 03 29 23 41 41
	SAINT-DIÉ-DES-VOSGES CH Saint-Charles 26 rue du Nouvel Hôpital 88187	T : 03 29 52 83 00

MIDI-PYRÉNÉES

09	SAINT-JEAN-DE-VERGES CH du Val d'Ariège et de Foix chemin de Barrau 09008	T : 05 61 03 30 30
12	DECAZEVILLE CH Pierre Delpech 60 avenue Prosper Alfarc 12300	T : 05 65 43 71 71
12	MILLAU CHIC 265 boulevard Achille Souques 12100	T : 05 65 59 30 00
	RODEZ CH 1 rue Combarel 12027	T : 05 65 75 12 12
	VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE CH avenue Caylet 12202	T : 05 65 65 30 00
31	SAINT-GAUDENS CH avenue de Saint-Plancard 31806	T : 05 61 89 80 00
	TOULOUSE CH JOSEPH Ducaig 15 rue Varsovie 31300	T : 05 61 77 34 00
	TOULOUSE CHU Hôtel-Dieu Saint-Jacques 2 rue Viguerie 31052	T : 05 61 77 82 33
32	AUCH CH Route de Tarbes 32000	T : 05 62 61 32 32
46	CAHORS CH 335 rue du Président Wilson 46005	T : 05 65 20 50 50
	FIGEAC CH 33 rue des Maquisards 46100	T : 05 65 50 65 50
65	LOURDES CH 2 rue Alexandre Marqui 65107	T : 05 62 42 42 42
	TARBES CHI de Tarbes-Vic-en-Bigorre bd de Lattre de Tassigny 65013	T : 05 62 51 51 51
81	ALBI CHG 22 boulevard Sibille 81013	T : 05 63 47 47 47
	CASTRES CHIC 20 boulevard Maréchal Foch 81108	T : 05 63 71 63 71
82	MONTAUBAN CH 100 rue Léon Cladel 82013	T : 05 63 92 82 82

NORD-PAS-DE-CALAIS

59	ARMENTIÈRES CH 112 rue Sadi Carnot 59421	T : 03 20 48 33 33
	AVESNES/HELPE CH route d'Haut-Lieu 59363	T : 03 27 56 55 55
	CAMBRAI CH 516 avenue de Paris 59407	T : 03 27 73 73 73
	DENAIN CH 25 bis rue Jean Jaurès 59723	T : 03 27 24 30 00

	STRUCTURE ET ADRESSE	TÉLÉPHONE
59	DOUAI CH rue de Cambrai 59507	T : 03 27 99 61 61
	DUNKERQUE CHG 130 avenue Louis Herbeaux 59385	T : 03 28 28 59 00
	HAZEBROUCK CH 1 rue de l'Hôpital 59190	T : 03 28 42 66 00
	LE CATEAU-CAMBRESIS CH 28 boulevard Paturle 59360	T : 03 27 84 66 66
	LILLE CHRU 9 bis rue Edouard Herriot 59000	T : 03 20 44 59 62
	LILLE GHICL Hôpital Saint-Vincent boulevard de Belfort 59000	T : 03 20 87 48 48
	MAUBEUGE CH Sambre-Avesnois 13 boulevard Pasteur 59607	T : 03 27 69 43 43
	ROUBAIX CH 11 boulevard La Cordaise 59100	T : 03 20 99 31 31
	SECLIN CH avenue des Marronniers 59471	T : 03 20 62 70 00
	TOURCOING CH Gustave Dron 135 rue du Président Coty 59208	T : 03 20 69 49 49
	VALENCIENNES CH avenue Désandrouin 59322	T : 03 27 14 33 33
	WATTRELOS CH 30 rue du Docteur Alexander Fleming 59393	T : 03 20 66 40 00
62	ARRAS CH 57 avenue Winston Churchill 62022	T : 03 21 24 40 00
	BÉTHUNE CH rue Delbecque 62408	T : 03 21 64 44 44
	BOULOGNE-SUR-MER CH Docteur Duchene allées Jacques Monod 62321	T : 03 21 99 33 33
	CALAIS CHG 11 quai du Commerce 62107	T : 03 21 46 33 33
	LENS CH Dr Schaffner 99 route de la Bassée 62307	T : 03 21 69 12 34
SAINT-OMER CH rue Blendecques, Helfaut 62505	T : 03 21 88 70 00	

PAYS-DE-LA-LOIRE

44	ANCENIS CH Francis Robert 160 rue du Verger 44156	T : 02 40 09 44 00
	CHÂTEAUBRIANT CH 9 rue de Verdun 44146	T : 02 40 55 88 00
	NANTES CHU 5 allée de l'Île Gloriette 44093	T : 02 40 08 33 33
	NOZAY HL 1 route de Nort-sur-Erdre 44170	T : 02 40 79 47 55
	SAINT-NAZAIRE CHG boulevard de l'hôpital 44606	T : 02 40 90 61 99
49	ANGERS CHU 4 rue Larrey 49033	T : 02 41 35 36 37
	CHOLET CH 1 rue Marengo 49325	T : 02 41 49 60 00
	LONGUÉ-JUMELLES HL Lucine Boissin de Longue 36 r du Dr Tardiff 49160	T : 02 41 53 63 63
	MONTFAUCON-M. Maison de Convalescence 7 r Guillaume-R. Macé 49230	T : 02 41 64 71 76
SAUMUR CH route de Fonterrand 49403	T : 02 41 53 30 30	
53	CRAON HL Saint-Jean du Sud-Ouest Mayennais 3 route de Nantes 53400	T : 02 43 09 32 32
	GONTIER CH Saint-Julien du Haut-Anjou 1 quai Georges Lefèvre 53204	T : 02 43 09 33 33
	LAVAL CH 33 rue du Haut Rocher 53015	T : 02 43 66 50 00
53	MAYENNE CH du Nord-Mayenne 5 rue Roulois 53103	T : 02 43 08 73 00
	MAYENNE HL d'Ernée, Pass Inter établissements Mayenne-Ernée-Villaines la Jumelles 229 boulevard Paul Lintier 53100	T : 02 43 08 22 22
72	LA FERTÉ-BERNARD CH Paul Chapron 56 avenue Pierre Brûlé 72401	T : 02 43 71 61 51
	LE MANS CH 194 avenue Rubillard 72037	T : 02 43 43 43 43
	MAMERS CH route du Mesle sur Sarthe 72600	T : 02 43 31 31 31
	SABLÉ-SUR-S. Pôle Santé Sarthe-et-L. Site de la Flèche La Martin. 72205	T : 02 43 48 80 00
	SAINT-CALAIS CH 2 rue Perrine 72120	T : 02 43 63 64 65
	SILLE-LE-GUILLAUME HL de Beaumont Place des Minimes 72140	T : 02 43 29 47 09

STRUCTURE ET ADRESSE	TÉLÉPHONE
85 CHALLANS CH Loire-Vendée Océan boulevard Guérin 85302	T : 02 51 49 50 00
FONTENAY-LE-COMTE CH 40 rue Rabelais 85201	T : 02 51 53 51 53
LA ROCHE-SUR-YON CHD Les Oudairies 85025	T : 02 51 44 61 61
LES SABLES D'OLONNE CH « Côte de lumière » des Sables d'Olonne 75 av d'Aquitaine 85119	T : 02 51 21 85 85
LUÇON CH 41 rue Henri Renaud 85407	T : 02 51 28 33 33
MONTAIGU CH Georges Clemenceau 54 rue Saint Jacques 85602	T : 02 51 45 40 00

PICARDIE

02 GUISE CHG 858 rue des Docteurs Devillers 02120	T : 03 23 51 55 55
HIRSON CH Brisset 40 rue aux Loups 02500	T : 03 23 58 82 82
LAON CH 23 rue Marcellin Berthelot 02001	T : 03 23 24 33 33
SAINT-QUENTIN CH 1 avenue Michel de l'Hospital 02321	T : 03 23 06 71 71
SOISSONS CH 46 avenue du Général de Gaulle 02209	T : 03 23 75 70 70
60 BEAUVAIS CH 40 avenue Léon Blum 60021	T : 03 44 11 21 21
COMPIÈGNE CH 8 avenue Henri Adnot 60200	T : 03 44 23 60 00
CREIL CH Laennec boulevard Laennec 60109	T : 03 44 61 60 00
NOYON CH de la Haute Vallée de l'Oise avenue Alsace Lorraine 60400	T : 03 44 44 42 22
80 ABBEVILLE CH 43 rue de l'Isle 80142	T : 03 22 25 52 00
AMIENS CHU Hôpital Nord place Victor Pauchet 80054	T : 03 22 66 80 00
PÉRONNE CH place du Jeu de Paume 80201	T : 03 22 83 60 00

POITOU-CHARENTES

16 ANGOULÊME CH Saint-Michel 16470	T : 05 45 24 40 40
COGNAC CH rue Montesquieu 16108	T : 05 45 36 75 75
RUFFEC CH 15 rue de l'Hôpital 16700	T : 05 45 29 50 00
17 LA ROCHELLE CH rue du Dr Schweitzer 17019	T : 05 46 45 50 50
ROCHEFORT CH Saint-Charles 16 rue du Docteur Peltier 17301	T : 05 46 82 20 20
ROYAN CH 48 avenue Grande Conche 17205	T : 05 46 05 88 10
SAINTES CHG 9 place du 11 novembre 17108	T : 05 46 92 76 76
79 NIORT CH 40 avenue Charles de Gaulle 79000	T : 05 49 32 79 79
86 CHÂTELLERAULT CH Camille Guérin rue du Docteur Luc Montagnier 86106	T : 05 49 02 90 90
POITIERS CHU 2 rue de la Milérie 86021	T : 05 49 44 44 44

PROVENCE-ALPES-CÔTE-DAZUR : voir *Répertoire PACA* page 538

RHÔNE-ALPES

01 BOURG-EN-BRESSE CH 900 route de Paris 01312	T : 04 74 45 46 47
OYONNAX-NANTUA CHI 188 rue Anatole France 01108	T : 04 74 73 10 01
07 ANNONAY CHG rue du Bon Pasteur 07103	T : 04 75 67 35 00
AUBENAS CHG 14-16 avenue De Bellande 07205	T : 04 75 35 60 00
PRIVAS CH 2 avenue Pasteur 07007	T : 04 75 20 20 00

	STRUCTURE ET ADRESSE	TÉLÉPHONE
26	MONTÉLIMAR CH route de Crest Quartier Beausseret 26249	T : 04 75 53 40 00
	NYONS HL 11 avenue Jules Bernard 26111	T : 04 75 26 52 00
	ROMANS-SUR-ISÈRE Hôpital de Romans Route de Tain 26102	T : 04 75 05 75 05
	VALENCE CH 179 boulevard Maréchal Juin 26953	T : 04 75 75 75 75
38	BOURGOIN-JALLIEU CH Pierre Oudot 35 avenue Maréchal Leclerc 38317	T : 04 74 27 30 99
	GRENOBLE-LA TRONCHE CHU Site Michallon avenue du Maquis de Grésivaudan 38043	T : 04 76 76 75 75
	GRENOBLE Clinique Mutual. des Eaux Claires 8-12 r du Dr Calmette 38028	T : 04 76 70 70 00
42	FIRMINY CH rue Bénédict 42704	T : 04 77 40 41 42
	MONTBRISSON CH Hôpital de Beauregard avenue des Monts du soir 42605	T : 04 77 96 78 00
	ROANNE CH 28 rue de Charlieu 42328	T : 04 77 44 30 00
	SAINT-CHAMOND CHI Pays de Gier Hôpital 19 rue Victor Hugo 42403	T : 04 77 31 19 19
	SAINT-ETIENNE CHU Site Bellevue 27 boulevard Pasteur 42055	T : 04 77 82 80 00
69	GIVORS CH 9 avenue du Professeur Fleming 69701	T : 04 78 07 30 30
	LYON CH Site Hôtel-Dieu Anaes 1 place de l'Hôpital 69002	T : 08 20 08 20 69
	LYON Hôpital Édouard Herriot place d'Arsonval 69437	T : 08 20 08 20 69
	TARARE CH 1 boulevard Jean-Baptiste Martin 69173	T : 04 74 05 46 46
	VÉNISSIEUX Clinique mutual. la Roseraie av. du 11 Novembre 1918 69694	T : 04 72 89 80 00
69	VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE CH, Ouilley Gleizé 69655	T : 04 74 09 29 29
73	CHAMBÉRY CH 7 square Massaloz 73011	T : 04 79 96 50 50
74	ANNECY CH de la Région Annecienne 1 avenue de Trésum 74011	T : 04 50 88 33 33
	ANNEMASSE BONNEVILLE CHI 17 rue du Jura 74107	T : 04 50 87 47 47
	THONON-LES-BAINS CHI Hôpitaux du Lemman, de Thonon-les-Bains et d'Évian 3 avenue de la Dame 74203	T : 04 50 83 20 00
	SALLANCHES Hôpitaux du Mont-Blanc 380 rue de l'Hôpital 74703	T : 04 50 47 30 30
DOM		
971	BASSE-TERRE CHGI de Basse-Terre St-Claude rue Daniel Beupersuy 97109	T : 05 90 80 54 54
	POINTE-À-PITRE CHU de Pointe-à-Pitre Abymes Centre Hosp. Ricou 97110	T : 05 90 89 10 79
972	FORT-DE-FRANCE CHU Hôpital Pierre Zobda Quitman route de Chateauboeuf La Meynard Zac de Rivière Roche-BP 632, 97261	T : 05 96 55 20 00
	LE LAMENTIN CH boulevard Fernand Guilon 97232	T : 05 96 57 11 11
	TRINITÉ CHG Louis Domergue rue Jean-Eugène Fatier 97220	T : 05 96 66 46 00
973	CAYENNE CH avenue des Flamboyants 97306	T : 05 94 39 50 50
	KOUROU CMC Pierre Boursiquot Croix-Rouge Française 97387	T : 05 94 32 76 76
	SAINT-LAURENT DU MARONI Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly » 16 avenue de Général de Gaulle 97393	T : 05 94 34 88 88
974	SAINT-BENOÎT Clinique Fondation Père Favron 2 av. F. Mitterrand 97470	T : 02 62 50 80 80
	SAINT-DENIS CHD Félix-Guyon route de Bellepierre 97405	T : 02 62 90 50 50
	SAINT-PAUL CH Gabriel Martin 38 rue Labourdonnais 97866	T : 02 62 45 30 30
	SAINT-PIERRE CH Sud-Réunion avenue président Mitterrand 97448	T : 02 62 35 90 00

ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS

FONDS POUR LES SOINS URGENTS ET VITAUX

Créé en 2003 concomitamment à l'instauration d'un délai de résidence de 3 mois pour accéder à l'Aide médicale État (AME), ce fonds a pour objectif d'instaurer un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer des soins aux personnes démunies et dépourvues de droit à l'AME. Il vise à partiellement compenser l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés en France. Ce fonds ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'hôpital public et n'ouvre donc pas de droit personnel à l'AME. Son champ d'application soulève des ambiguïtés pour les titulaires de visa.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

L'article L254-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) constitue la base légale du fonds. Bien qu'inséré au titre 5 du CASF, le « fonds L254-1 » dit « soins urgents et vitaux » n'est pas une prestation d'aide médicale État. Il n'ouvre pas de droit personnel à une protection maladie et vise à soutenir l'hôpital public face au risque de créance irrécouvrable.

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 « relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État » précise le champ d'application, la définition des soins urgents et les modalités de procédure.

LES PERSONNES CONCERNÉES

Selon la loi, il s'agit des personnes réunissant les trois conditions suivantes :

- être de nationalité étrangère ;
- « résider » en France sans remplir la condition de « régularité » du séjour pour accéder à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU de base) ;
- ne pas être bénéficiaire de l'AME.

En pratique, il s'agit :

- des étrangers présents en France depuis moins de 3 mois ;
- des étrangers résidant en France depuis plus de 3 mois pour lesquels la rétroactivité de 1 mois en AME de droit commun est possible mais insuffisante.

Attention ! Les étrangers en cours d'instruction d'une demande d'AME et ayant besoin d'un accès rapide aux soins ne relèvent pas du « fonds pour les soins urgents et vitaux », mais de l'AME de droit commun au besoin via la procédure dite « d'instruction prioritaire » (voir page 224).

Problèmes posés par la situation des étrangers sous visa. La circulaire du 16 mars 2005 exclut l'ensemble des titulaires de visa de court séjour du bénéfice du fonds, dès lors réservé aux seuls étrangers entrés en France sans visa. Cette analyse doit cependant être nuancée puisque rien dans la formulation du texte de loi ne fait référence au visa :

- les titulaires d'un visa court séjour en simple visite : sont exclus du bénéfice du fonds pour les soins urgents parce qu'ils sont supposés être couverts par l'assurance médicale agréée nécessaire à l'obtention du visa (mais limitée aux seuls soins inopinés), et que la notion de « résidence » pourrait leur être opposée. Les débats au Parlement sont précis sur ce point ;
- les titulaires d'un visa pour raison médicale (voir page 228) semblent exclus du dispositif pour plusieurs raisons. D'une part, la délivrance du visa est conditionnée à la garantie que le bénéficiaire est solvable (paiement à l'avance des frais ou engagement de paiement). Or le fonds vise à pallier une insolvabilité éventuelle du bénéficiaire des soins. D'autre part, les débats parlementaires ayant présidé à l'instauration de ce fonds expriment clairement la volonté d'éviter la prise en charge des étrangers venant spécifiquement en France y recevoir des soins. Enfin, les soins « programmés » dans le cadre d'un séjour médical en France ne sont pas nécessairement compris dans la définition des soins « urgents et vitaux ».

ARTICLE L254-1 DU CASF

« Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître, et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L380-1 du CSS et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L251-1, sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. »

« Sous certaines conditions, les ressortissants de l'EEE sont éligibles au fonds de financement des soins urgents et à l'AME. »

- pour les titulaires de visa court séjour ayant vocation à vivre durablement en France : rien dans la loi ne permet de les exclure du bénéfice du fonds pour les soins urgents. Ils sont en effet considérés comme « résidant en France » au sens de l'avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981 (voir page 220) et n'entrent pas dans la catégorie des personnes expressément exclues lors du débat parlementaire, à savoir les « touristes médicaux ». En cas d'absence ou de défaillance de leur assurance « visa », ils seraient en droit, à titre subsidiaire, éligibles au fonds de financement des soins urgents, ce qui est à vérifier dans la pratique.

Les ressortissants de l'Espace économique européen (EEE, voir page 15). La circulaire du 16 mars 2005 exclut les Européens du bénéfice du fonds. Cette position doit cependant être nuancée puisque ces ressortissants peuvent connaître une situation d'irrégularité du séjour dès lors qu'ils résident en France sans être « travailleurs ou étudiants ». Ils sont donc éligibles tant au fonds de financement des soins urgents qu'à l'AME de droit commun.

Aucune condition de ressources n'est mentionnée dans la loi ou dans la circulaire.

DÉFINITION DES SOINS « URGENTS ET VITAUX »

Au-delà de la stricte définition légale (voir *supra* article L254-1 du CASF), la circulaire du 16 mars 2005 inclut également dans le champ d'application les situations suivantes :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) ;
- les mineurs ;
- la grossesse (examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et au nouveau-né) ;
- IVG et interruption médicale de grossesse.

Dans la pratique, l'ouverture préalable d'une protection maladie (CMU/AME pour les migrants/étrangers en situation précaire), si besoin en admission immédiate ou en instruction prioritaire, est toujours préférable à l'utilisation rétrospective du fonds qui ne garantit jamais la continuité des soins au-delà de l'hospitalisation en cause.

NATURE DE LA PRISE EN CHARGE

Lieu de soins. Aux termes de la loi ne sont pris en charge que les soins dispensés en établissements de santé publics ou privés (ce qui exclut les soins en ville).

Nature des soins. Aux termes de la circulaire, hospitalisations et consultations externes sont prises en charge.

Niveau de couverture. Il s'agit d'une couverture identique à celle de l'AME de droit commun (renvoi à l'article L251-2 du CASF), c'est à dire à ce jour l'équivalent d'un « 100 % sécurité sociale ». Le ticket modérateur prévu en AME de droit commun sera applicable simultanément au fonds pour les soins urgents.

PROCÉDURE

Cette procédure relève du processus de facturation des frais de séjour par les hôpitaux. En pratique et dans la mesure où il ne s'agit pas d'une protection maladie, il n'appartient pas à l'étranger lui-même de mettre en route la demande de prise en charge financière au titre de l'article L254-1 du CASF. C'est donc l'hôpital qui choisit de requérir ou non au fonds, soit en adressant la facture au patient lui-même, soit en saisissant la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement (et non du département de résidence du patient) d'une demande de prise en charge au titre du fonds « L254-1 du CASF ».

Cette situation requiert donc une coopération étroite entre différents services de l'établissement de santé :

- d'une part le service social, lequel est habituellement en charge du bilan des droits du patient, pourra conclure à la nécessité de demander une prise en charge au titre des « soins urgents » si aucun autre financement n'est possible ;
- d'autre part les médecins qui ont fourni les soins doivent délivrer un certificat médical attestant que le patient a nécessité « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* » ;
- enfin le service des frais de séjour, une fois muni de l'information sur le type de prise en charge, devrait renoncer à envoyer la facture au patient et saisir la CPAM.

« En pratique et dans la mesure où il ne s'agit pas d'une protection maladie, il n'appartient pas à l'étranger lui-même de mettre en route la demande de prise en charge financière au titre de l'article L254-1 du CASF. C'est donc l'hôpital qui choisit de requérir ou non au fonds. »

ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS ASSOCIATIONS DE SOUTIEN

Outre les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui sont chargées en tant que service public de faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droit à une protection maladie (voir page 189), certaines associations proposent une aide à l'obtention de la CMU ou de l'AME et la délivrance des premiers soins nécessaires.

VOIR AUSSI *Permanences d'accès aux soins de santé* page 174

Permanence téléphonique du Comede sur l'Accès aux soins

T : 01 45 21 63 12, du lundi au vendredi de 10 h à 17 h

Sur les questions relatives aux conditions et possibilités d'accès aux dispositifs de santé, de droits selon le statut administratif et de procédures d'obtention d'une protection maladie (assurance maladie, CMU-C, AME).

LIEUX DE SOINS ET D'AIDE À L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS MIGRANTS/ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE

NOM ET ADRESSE	TÉLÉPHONE/FAX/MÉL	INFOS PRATIQUES
LE COMEDE, Hôpital de Bicêtre - BP 31 94272 LE KREMLIN-BICÊTRE CEDEX	T : 01 45 21 38 40 F : 01 45 21 38 41 Site : www.comede.org	Consultation de médecine générale sur rendez-vous au centre de santé du Kremlin-Bicêtre (Île-de-France).
MEDECINS DU MONDE Siège national 62 rue Marcadet - 75018 PARIS	T : 01 44 92 15 15 F : 01 44 92 99 99 Site : www.medecinsdumonde.org	Voir listes des centres de soins (CASO) en IDF et PACA dans le répertoire. Pour les autres régions demander au siège.
MÉDECINS SANS FRONTIÈRES Siège national 8 rue Saint-Sabin - 75011 PARIS	T : 01 40 21 29 29 F : 01 48 06 68 68 Site : www.msf.fr	

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif inter-associatif d'analyse du droit et des pratiques en matière d'accès aux soins des étrangers.
www.odse.eu.org (voir *Liste des associations membres* page 140).

PROTECTION MALADIE

ORGANISATION ET DISPOSITIFS

En France, le principe de solidarité est au fondement du système de protection maladie, les plus démunis étant protégés par des protections de service public. Les dépenses de santé sont couvertes par l'assurance maladie « de base » de la sécurité sociale, la participation des usagers et des protections complémentaires publiques ou privées. Il existe des dispositions spécifiques pour les étrangers. Pour résoudre les difficultés d'accès aux soins, il est nécessaire de connaître l'organisation générale du système de protection maladie, ainsi que le sens des divers termes employés (voir *Lexique* page 192).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Au niveau national, la dépense courante de santé représente 183 milliards d'euros (2 951 € par habitant), soit 11 % du produit intérieur brut (2004). L'accroissement du poids de ces dépenses pose régulièrement la question du mode de financement et du système destiné à mettre en œuvre la solidarité.

La prise en charge financière des dépenses de santé repose sur trois acteurs : les systèmes de protection maladie de base, les systèmes de protection maladie complémentaire et enfin les usagers eux-mêmes. Mais le niveau d'intervention de chacun varie fortement selon la nature des soins (médecine ambulatoire, hospitalisation, dentaire...).

RÉPARTITION MOYENNE DES PRISES EN CHARGE EN FONCTION DU CONTRIBUTEUR (2004)

Source : Drees, *Étude et résultats* n° 413.

CONTRIBUTEURS	RÉGIME DE BASE	RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES	MÉNAGES	TOTAL
Participation en %	78 %	12,9 %	9,1 %	100 %

« L'obtention d'une protection complémentaire (ou de l'AME), au besoin en " admission immédiate ", est la condition indispensable pour permettre la continuité des soins. »

Le système de protection maladie de base est historiquement apparu avec la notion de sécurité sociale et a progressivement été généralisé depuis 1945 à l'ensemble de la population vivant en France. Ce dispositif constitue le premier étage de la prise en charge des frais de santé. Il s'agit d'un droit pour toute la population, mis en œuvre par monopole du service public, sous forme d'un système d'assurances obligatoires financé par cotisations et prélèvements divers. Il s'agit d'assurer la solidarité nationale par péréquation financière entre les bénéficiaires, quel que soit leur niveau de cotisation. Il existe plusieurs régimes selon l'activité professionnelle de l'assuré. Le « régime général » est le plus important en nombre d'assurés et en volume de dépenses.

Le système de protection maladie complémentaire constitue le deuxième étage qui a vocation à prendre en charge une partie des frais de santé non couverts par le régime obligatoire. Il existe deux types d'assurances complémentaires :

- un service public gratuit à destination des plus « pauvres », sous la forme de la protection complémentaire CMU (Couverture maladie universelle) dont le contenu est défini par la loi et dont la mise en œuvre est ouverte à tous les acteurs du champ de l'assurance maladie complémentaire. Le financement est assuré par l'État et une contribution de ces acteurs ;
- un service d'assurance complémentaire facultative payé par chaque assuré selon les principes de la libre concurrence commerciale entre les mutuelles, les organismes de prévoyance et les assureurs privés. Le niveau de protection dépend de chaque contrat.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES ÉTRANGERS

L'Aide médicale État (AME) est un régime d'exception. Survivance des débuts de la protection sociale en France, l'AME est toujours en vigueur pour assurer un filet de sécurité à ceux qui sont interdits d'accès à la sécurité sociale, c'est-à-dire les étrangers démunis qui ne remplissent pas la condition de résidence (voir page 220) requise. Le niveau de protection assuré est celui d'un « 100 % sécurité sociale », donc inférieur à celui de la complémentaire CMU.

Toute personne démunie, française ou étrangère, « résidant » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie, base et complémentaire, de service public. L'obtention d'une protection complémentaire (ou de l'AME), au besoin en « admission immédiate », est la condition indispensable pour permettre la continuité des soins (voir *Conditions de l'accès aux soins* page 170).

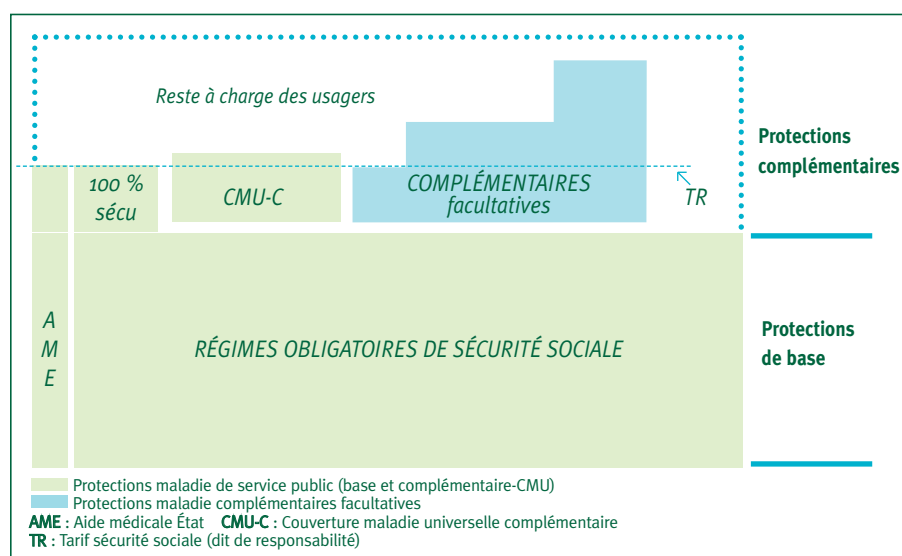
Les étrangers récemment arrivés en France (moins de 3 mois de présence) sont soumis à des dispositions spécifiques et complexes selon leur statut, la possession d'un visa, ou les motifs de leur séjour (voir *Les droits selon le statut* page 194).

Le dispositif de prise en charge par l'État des frais liés aux « soins urgents et vitaux » (voir *Fonds pour les soins urgents et vitaux* page 184) n'est pas un mécanisme de protection maladie, mais un nouveau système de remboursement de l'hôpital public pour limiter le risque de créances irrécouvrables. Ce dispositif ne couvre pas tous les étrangers récemment arrivés en France et écarte notamment ceux dont les ressources sont suffisantes ou dont une assurance médicale est supposée couvrir leurs frais de santé « inopinés » pendant la durée de validité de leur visa.

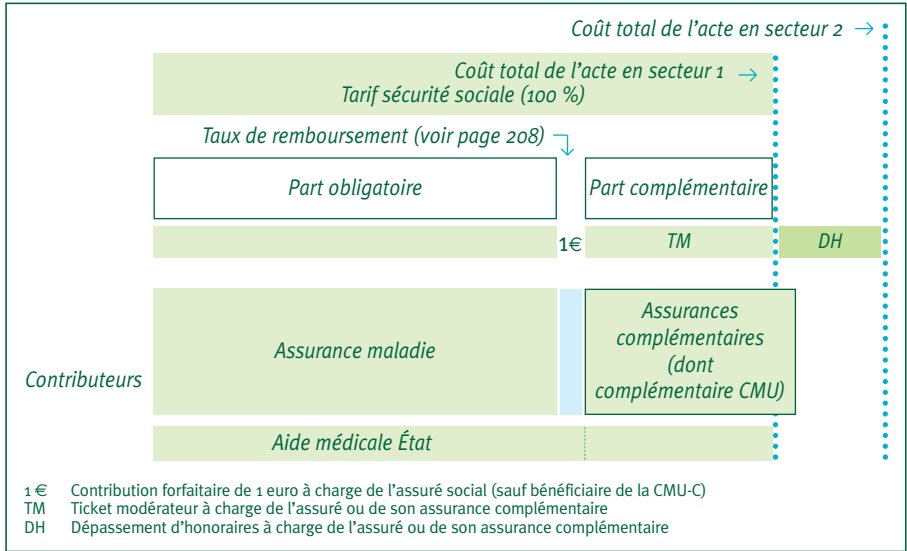
Les étrangers venant en France spécifiquement pour y recevoir des soins sont soumis à des règles spécifiques et ne peuvent pas prétendre à une prise en charge financière par les systèmes de protection maladie de droit commun (voir *Venir se soigner en France* page 228).

L'AME sur décision du ministre (voir page 222), parfois appelée « humanitaire », permet de demander une prise en charge ponctuelle de personnes ne pouvant bénéficier d'une protection de droit commun.

ARCHITECTURE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ



RÉPARTITION ET DÉNOMINATION DU COÛT D'UN ACTE SELON LES CONTRIBUTEURS



LEXIQUE ET DÉFINITIONS DE LA PROTECTION MALADIE

Affiliation	Rattachement d'une personne à une caisse de sécurité sociale. L'affiliation est synonyme d'ouverture de droits à l'assurance maladie (ne concerne donc pas les bénéficiaires de l'AME) et se matérialise par un support où figure la date de début des droits.
Aide médicale État (AME)	Protection maladie pour des étrangers démunis exclus de l'assurance maladie faute de titre de séjour en cours de validité. Ses bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte Vitale.
Assurance agréée « visa »	Obligation (créée par l'article L.211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) pour un étranger entrant en France sous couvert d'un visa, de disposer d'une assurance maladie couvrant les « dépenses médicales et hospitalières ».
Assurance maladie	Branche maladie de la sécurité sociale, assurance obligatoire de service public soumise à cotisation (dont les plus pauvres sont dispensés) ne couvrant qu'une partie des frais de santé. Dans ce Guide, le concept est limité au seul régime général sous l'autorité de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), régime qui n'est plus limité aux seuls travailleurs.
Assurés	Dans ce Guide : personnes bénéficiaires de l'assurance maladie (sécurité sociale) par opposition aux bénéficiaires de l'AME (non assurés sociaux)
Base	Synonyme d'assurance maladie, les régimes de base constituent le premier étage du financement des dépenses de santé. La part des frais de santé couverts par ces régimes s'appelle « part obligatoire ».

Complémentaire	Les protections complémentaires constituent le deuxième étage de la protection santé en complément des régimes de base. La part des frais de santé pris en charge par ces couvertures s'appelle « part complémentaire » ou « ticket modérateur ».
Contribution forfaitaire de 1 €	Somme forfaitaire pour chaque acte médical, restant à charge de l'assuré et pris en charge ni par l'assurance maladie ni par les protections complémentaires. Les bénéficiaires de la complémentaire CMU et de l'AME ne sont pas concernés.
Couverture maladie universelle (CMU)	Terme qui, sans précision, désigne trois concepts très différents : <ul style="list-style-type: none"> - la réforme CMU du 27 juillet 1999 qui a restructuré l'architecture du système de protection maladie (suppression de l'aide médicale départementale) ; - la « CMU de base », qui est une porte d'entrée au régime général pour ceux qui ne sont pas affiliés par leur travail mais par cotisations personnelles (avec dispense de cotisation pour les plus démunis) ; - la complémentaire CMU (CMU-C), qui est une protection complémentaire (en plus de l'assurance maladie) de service public, gratuite, réservée aux assurés les plus démunis.
Forfait hospitalier journalier	Somme due par la personne hospitalisée pour ses frais quotidiens de nourriture et d'hébergement, généralement non pris en charge par l'assurance maladie, mais couverts par la complémentaire CMU et l'AME.
Immatriculation	Création du « numéro de sécurité sociale » pour un nouvel assuré. Une fois immatriculée, la personne peut perdre ses droits à l'assurance maladie (péremption) mais conserve son numéro à vie en cas de nouvelle affiliation.
Médecin traitant	Médecin généraliste ou spécialiste choisi par le patient pour coordonner le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de la santé du patient.
Parcours de soins coordonné	S'il n'est pas orienté par son médecin traitant, le patient qui consulte de sa propre initiative un spécialiste ou réalise des examens médicaux, se trouve hors du parcours de soins coordonné. Il est sanctionné par une augmentation du prix et une diminution du remboursement de ces soins.
Secteur 1	Professionnel de santé dont le tarif des actes médicaux ne dépasse pas le tarif « sécurité sociale ».
Secteur 2	Professionnel de santé autorisé à pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs « sécurité sociale ». Le coût dépassant le tarif sécurité sociale s'appelle « dépassement d'honoraires ».
Soins urgents et vitaux	Fonds de financement de l'hôpital public pour des soins urgents et vitaux délivrés à un étranger démuné sans assurance maladie ni AME.
Tarif sécurité sociale	Appelé tarif opposable, il s'agit du prix fixé pour un acte médical par convention entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. L'assurance maladie n'en prend en charge qu'une certaine proportion (taux de remboursement).
Ticket modérateur	Somme d'argent correspondant aux frais de santé restant à charge de l'assuré, déduction faite du montant pris en charge par l'assurance maladie (base), en vue de modérer la consommation de soins. La prise en charge du ticket modérateur est l'objet des protections complémentaires.
Tiers payant	Mécanisme de paiement d'un professionnel de santé par lequel celui-ci se fait payer son acte directement par l'assureur du patient (tiers) et non par le patient lui-même. Le tiers payant peut porter sur la part obligatoire seulement (assurance maladie) ou sur le montant total de l'acte en « tiers payant intégral » (assurance maladie et complémentaire).

PROTECTION MALADIE

LES DROITS SELON LE STATUT

Les étrangers dont les ressources financières sont inférieures aux plafonds prévus par la réglementation peuvent relever de divers systèmes de protection maladie, selon le statut du séjour et la nature de la résidence en France. La situation de l'étranger venu en France spécifiquement pour recevoir des soins sous « visa pour raison médicale » est traitée au chapitre suivant (voir *Venir se soigner en France* page 228).

VOIR AUSSI Assurance maladie page 198, Complémentaire-CMU page 210 et AME page 217

PRINCIPES D'ARTICULATION ENTRE LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS

Classement des dispositifs par ordre décroissant de niveau de couverture

1- Les régimes de protection maladie :

- l'assurance maladie augmentée de la complémentaire CMU ;
- l'Aide médicale État (AME) de droit commun.

2- Les systèmes subsidiaires de prise en charge ponctuelle :

- l'assurance privée de l'étranger sous visa ;
- le fonds de financement des soins urgents et vitaux ;
- l'Aide médicale État sur décision du ministre (dite AME humanitaire).

Conditions générales d'accès : « résider » en France. L'accès à ces dispositifs est hiérarchisé selon la nature de la « résidence » de l'étranger en France, concept qui se décompose en deux critères :

- l'ancienneté du séjour en France avec un palier à 3 mois : les étrangers « de passage » (touristes, visiteurs, personnes venues se faire soigner,...) ne sont pas considérés comme résidant en France et sont écartés des systèmes de protection maladie de droit commun. Ils doivent financer leurs soins eux-mêmes ou via leur assurance « visa ». À défaut, s'ils sont démunis, ils pourront être couverts par le dispositif « soins urgents ». Ces per-

sonnes se trouvent donc seulement protégées pour les soins inopinés mettant en jeu leur vie, potentiellement exclues de la médecine préventive et du suivi des maladies chroniques ou renvoyées sur les dispositifs de soins gratuits (voir *Conditions de l'accès aux soins* page 170) ;

- la régularité du séjour (avoir un titre de séjour) permet d'accéder à l'assurance maladie.

Conditions sommaires d'accès à l'assurance maladie (voir *Assurance maladie* page 198 et *complémentaire CMU* page 210) :

- ancienneté de présence en France de 3 mois (sauf demandeurs d'asile et ayants droit qui n'ont pas de délai d'attente) ;
- régularité du séjour (avoir un titre de séjour en cours de validité) ;
- cotisations proportionnelles aux ressources.

Conditions sommaires d'accès à l'Aide médicale État (AME, voir page 217) :

- ancienneté de présence en France de 3 mois ;
- ne pas avoir droit à l'assurance maladie faute de titre de séjour valide ;
- faibles ressources.

Conditions d'accès à l'assurance privée de l'étranger sous visa : (Voir *Venir se soigner en France* page 228).

Conditions sommaires d'accès au dispositif « Soins urgents » (voir page 184) :

- ne pas avoir accès ni à l'assurance maladie, ni à l'AME ;
- ne pas être pris en charge par l'assurance de son visa.

Conditions sommaires d'accès à l'aide médicale État sur décision du ministre (voir page 222). Pas de condition de droit pour la demande mais l'accord est soumis au pouvoir discrétionnaire du ministre.

« Les personnes de " passage " sont exclues des systèmes de protection maladie et relèvent de leur assurance " visa ". »

PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT DU SÉJOUR

Pendant les 3 premiers mois de présence en France. Les personnes de « passage » sont exclues des systèmes de protection maladie et relèvent de leur assurance « visa ». À l'inverse, les demandeurs d'asile sont éligibles à l'assurance maladie (sécurité sociale éventuellement augmentée de la complémentaire CMU) sans condition d'ancienneté de résidence en France à condition d'avoir fait enregistrer leur demande en préfecture (ou auprès de la police aux frontières) et d'être titulaire d'un titre de séjour provisoire (y compris sauf-conduit ou convocation en préfecture de toute nature).

PROTECTION MALADIE PENDANT LES 3 PREMIERS MOIS

	PROTECTION MALADIE		SOINS URGENTS		AME SUR DÉCISION DU MINISTRE
	ASSURANCE MALADIE + CMU-C	AME	ASSURANCE AGRÉÉE AVEC VISA	FONDS SOINS URGENTS	
Visiteur sans visa				oui	Demande toujours possible
Visiteur avec visa			oui		
Titulaire d'un visa mais en vue d'une admission au séjour en France			oui	1	
Demandeur d'asile avant enregistrement				oui	
Demandeur d'asile enregistré en procédure prioritaire	2			oui	
Demandeur d'asile enregistré en procédure Dublin II	oui				
Demandeur d'asile enregistré en procédure normale, avec ou sans ATA*	oui				
Demande de régularisation				oui	
Admission au séjour (sauf réfugiés et protégés subsidiaires)				oui	
Réfugiés statutaires et protégés subsidiaires	oui				
Refus de séjour ou visa expiré (séjour irrégulier)	3			oui	

Attention ! Certaines des prestations sont réservées aux personnes démunies financièrement

■ Statut dépourvu de droit à une protection maladie en France

■ Non avenu ou impossible en droit

* Allocation temporaire d'attente (demandeurs d'asile)

1 Fonds pour les soins urgents si assurance « visa » défailante

2 Oui si titulaire de convocation ou RV en préfecture

3 Maintien des droits en cours pour un demandeur d'asile débouté en moins de 3 mois (hypothétique)

PROTECTION MALADIE AU-DELÀ DES 3 PREMIERS MOIS

Au-delà des 3 premiers mois de présence en France.

L'étranger en règle au regard du séjour peut accéder à l'assurance maladie (*Assurance maladie*, voir page 198) qu'il travaille ou non, les cotisations étant, dans tous les cas, proportionnelles aux ressources. À défaut de séjour régulier, l'étranger relève de l'aide médicale de l'État (sous conditions de ressources).

	PROTECTION MALADIE			SOINS URGENTS	
	ASSURANCE MALADIE + CMU-C	ASSURANCE MALADIE + AME-C	AME	ASSURANCE AGRÉÉE AVEC VISA	FONDS SOINS URGENTS
Visiteur avec prolongation de visa			1	oui	1
Demandeur d'asile avant enregistrement			oui		
Demandeur d'asile enregistré en procédure prioritaire	2		oui		
Demandeur d'asile enregistré en procédure Dublin II	oui				
Demandeur d'asile enregistré en procédure normale, avec ou sans ATA*	oui				
Demande de régularisation	oui				
Admission au séjour (y compris réfugiés et protégés subsidiaires)	oui				
Refus de séjour ou visa expiré (séjour irrégulier)	3	4	oui		5

Attention ! Certaines des prestations sont réservées aux personnes démunies financièrement

Statut dépourvu de droit à une protection maladie en France

Non avenu ou impossible en droit

* Allocation temporaire d'attente (demandeurs d'asile)

1 Possible dans certains cas

2 Oui si titulaire de convocation ou RV en préfecture

3 Maintien des droits (voir page 207) jusqu'à expiration de la CMU-C en cours (le cas échéant) et nombreuses exceptions à l'obligation de séjour régulier

4 Maintien des droits à l'assurance maladie pendant 1 an (si les droits ont été ouverts pendant la période de séjour régulier) et AME pour la part complémentaire

5 La procédure « d'instruction prioritaire » et la rétroactivité de 1 mois en AME devraient rendre sans objet l'usage du fonds pour les soins urgents

CODES « RÉGIMES » POUVANT CONCERNER LES ÉTRANGERS

Source : CPAM du Val-de-Marne 2003

801	Régime de résidence avec cotisation	CMU
802	Régime de résidence sans cotisation	de
803	Régime de résidence sans cotisation, affiliation provisoire 3 mois renouvelables	base
090	Bénéficiaire d'une allocation de chômage	
095	AME	

PROTECTION MALADIE

L'ASSURANCE MALADIE

La branche maladie du régime général de la sécurité sociale couvre les risques maladie, maternité, invalidité, décès, veuvage, accident du travail et maladie professionnelle. C'est une assurance obligatoire de service public, accessible aux Français ou étrangers résidant en France de façon stable et régulière, quel que soit le statut professionnel (actifs et inactifs). Les personnes les plus pauvres bénéficient d'un accès gratuit (dispense de cotisation) au régime de base de la sécurité sociale, augmenté de la complémentaire CMU. La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits.

VOIR AUSSI *La Complémentaire-CMU* page 210

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION (FRANÇAIS ET ÉTRANGERS)

Trois « portes d'entrée » permettent d'ouvrir des droits à la sécurité sociale (affiliation à l'assurance maladie) :

- l'activité salariée ou assimilée soumise à cotisation (feuille de paye) ;
- le rattachement comme membre de famille (ayant droit) d'une personne déjà assurée ;
- à défaut, la simple présence en France avec paiement de cotisations personnelles proportionnelles aux revenus. Cette catégorie, étendue et développée par la réforme CMU (Couverture maladie universelle) de 1999, s'appelle « affiliation sur critère de résidence » ou, dans le jargon des caisses « CMU de base ». La CMU de base permet notamment aux populations les plus pauvres (RMistes...) d'ouvrir des droits à l'assurance maladie avec dispense de paiement des cotisations qui sont alors financées par l'État au titre de la solidarité nationale.

Quelle que soit la « porte d'entrée » dans le système, les prestations en nature accordées (soins pris en charge) sont identiques, à savoir celles de l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés.

L'ayant droit d'un assuré est une personne qui bénéficie d'un droit à l'assurance maladie dérivé du droit ouvert par l'assuré lui-même. Peuvent être ayants droit d'un assuré les personnes suivantes (art. L313-3 et L161-14 du CSS) :

- conjoint, conjoint séparé, conjoint divorcé, concubin ou pacsé ;
- enfant à la charge de l'assuré jusqu'à 16 ans (ou 20 ans si scolarisé) ;
- ascendants et collatéraux à charge ;
- une personne supplémentaire à charge vivant sous le toit de l'assuré depuis plus de 1 an.

Les personnes sans domicile fixe (SDF) doivent élire domicile auprès d'une association agréée, les CPAM ne procédant pas aux domiciliations. L'article L161-2-1 du CSS impose (depuis 2006) un « avis favorable d'un assistant de service social ». Cependant, ce même article (précisé par la circulaire DSS/2A n° 2000-382 du 5 juillet 2000 sur la domiciliation CMU/AME) indique que les CCAS (mairies) sont tenus de domicilier les personnes SDF, ce qui s'avère rare dans la pratique.

L'administration compétente est la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du département de résidence. Cette caisse dispose d'un guichet dans chaque ville du département (ou chaque arrondissement) appelé centre de paiement ou centre d'assurance maladie ou Centre de sécurité sociale (CSS). S'adresser à son Centre de sécurité sociale (CSS) de quartier, selon l'adresse de son hébergement ou de sa domiciliation.

CONDITION DE RÉSIDENCE EN FRANCE

L'accès à la sécurité sociale (et donc à l'assurance maladie) est soumis à une obligation générale de séjour régulier (art. L115-6 du CSS) pour l'assuré étranger comme pour l'ayant droit majeur (voir exceptions *infra*). Les étrangers démunis ne remplissant pas la condition de résidence relèvent de l'aide médicale État (voir page 217). La définition de la « résidence en France » est différente selon que l'étranger est assurable sur critère socio-professionnel, en tant qu'ayant droit, ou sur critère de résidence. Les demandeurs d'asile en procédure normale ont droit à l'assurance maladie sans condition d'ancienneté de présence en France (voir page 201). Cette protection de base doit être augmentée d'une complémentaire CMU sous condition de ressources. Les demandeurs d'asile ne relèvent à aucun moment de l'aide médicale État, sauf s'ils sont dépourvus de titre de séjour provisoire comme c'est le cas dans certaines procédures dites « prioritaires » (voir page 76).

« Les demandeurs d'asile en procédure normale ont droit à l'assurance maladie sans condition d'ancienneté de présence en France. »

Pour l'assuré sur critère socioprofessionnel, la liste des titres attestant de la régularité du séjour est définie par décret (art D115-1 du CSS) comprenant le récépissé « constatant le dépôt d'une demande d'asile » et la plupart des titres et autorisations de séjour de plus de 3 mois avec droit au travail.

Liste des titres de séjour nécessaires pour être affilié sur critère socioprofessionnel
(art. D115-1 du Code de la sécurité sociale)

- Carte de résident ;
- Carte de séjour temporaire ;
- Certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention « reconnu réfugié » ;
- Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de six mois renouvelable ;
- Récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention « a demandé le statut de réfugié » d'une validité de trois mois renouvelable ;
- Autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de court séjour ou pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français pour une durée inférieure à trois mois ;
- Autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;
- Titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco, valant autorisation de séjour ;
- Contrat de travail saisonnier visé par la Direction départementale du travail et de l'emploi ;
- Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « il autorise son titulaire à travailler » ;
- Carte de frontalier.

Pour l'assuré sur critère de résidence (CMU de base) , il n'existe pas de liste de titres de séjour, mais l'exigence d'une résidence « stable et régulière » (art. R 380-1 duCSS) :

Article R380-1 Code de la sécurité sociale

- I. - Les personnes visées à l'article L. 380-1 [CMU de base] doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.
Toutefois, ce délai de trois mois n'est pas opposable : [...]
3° Aux personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.
- II. - Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.

- La condition de « stabilité » impose un délai minimum de présence ininterrompue en France de plus de 3 mois.

Les demandeurs d'asile (statut de réfugié et protection subsidiaire) sont dispensés de cette condition (art. R-380-1. π 3^e alinéa du CSS pour la base, art. R861-1.-I. pour la complémentaire, précisés par circulaire DSS/2A-2000/239 du 3 mai 2000, voir extrait ci-contre).

- La régularité du séjour se prouve par tout document de séjour en cours de validité émis par l'autorité française. Les étrangers assignés à résidence sont également présumés remplir la condition de régularité (même circulaire). Les demandeurs d'asile doivent bénéficier de l'assurance maladie dès leur entrée sur le territoire s'ils disposent d'un sauf-conduit (« en vue de demander l'asile ») délivré à la sortie de zone d'attente. À défaut, ils pourront en bénéficier dès la délivrance d'une convocation ou d'un rendez-vous par la préfecture de leur domicile. Attention au refus d'affiliation des demandeurs d'asile sous convocation ou APS : ces pratiques restrictives persistent dans de nombreux CSS, qui invitent les demandeurs d'asile à « attendre les Assedic ».

Attention à la durée du droit (base et/ou complémentaire) qui ne saurait être limitée à la durée du titre de séjour provisoire (voir ci-dessous).

Informez de la réglementation l'agent et/ou le chef de centre. Si nécessaire, intervenez auprès de la hiérarchie de la CPAM.

Pour l'ayant droit majeur, la liste des titres attestant de la régularité du séjour est définie par décret (art. D161-15 du CSS). Elle comprend la plupart des titres de séjour dont les APS (quelle que soit la durée de validité et même sans droit au travail).

DÉFINITION DE LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR EN CMU DE BASE : UNE CIRCULAIRE DE RÉFÉRENCE

« À défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie à l'article L380-1. »

Circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000, §A. II-B

Liste des titres de séjour nécessaires pour être affilié comme ayant droit (art. D161-15)

- Carte de résident ;
- Carte de séjour temporaire ;
- Certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;
- Récépissé de première demande de titre de séjour accompagné, soit du certificat de contrôle médical délivré par l'office des migrations internationales (OMI.) au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'État civil attestant la qualité de membre de famille d'une personne de nationalité française ;
- Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention « reconnu réfugié » ;
- Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de six mois renouvelable ;
- Autorisation provisoire de séjour ;
- Titre d'identité d'Andorran délivré par le préfet des Pyrénées-Orientales ;
- Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco, valant autorisation de séjour.

« Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice des prestations dues en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. »

Un visa de court séjour (Schengen, validité ≤ 90 jours) n'est pas un titre de séjour et ne permet pas de remplir la condition de résidence. Si l'étranger n'est pas demandeur d'asile, le délai de stabilité de 3 mois lui sera opposé. S'il est demandeur d'asile, il peut bénéficier de l'assurance maladie sur critère de résidence (base CMU), à condition de disposer d'un document de la préfecture (ou le sauf-conduit de la PAF) attestant de la demande d'asile (le visa devenant sans objet).

EXCEPTIONS À L'OBLIGATION DE SÉJOUR RÉGULIER

Les exceptions à l'obligation de séjour régulier sont souvent méconnues. Certains étrangers sans titre de séjour (« sans-papiers ») doivent en effet être pris en charge par l'assurance maladie (et non par l'aide médicale État) :

Les ayants droit mineurs (voir *Mineurs*, page 205).

Les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice des prestations dues en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le fait d'être dépourvu de titre de séjour et/ou d'être employé irrégulièrement, ne doit pas faire obstacle aux démarches auprès de la sécurité sociale. Cependant, la situation doit être étudiée individuellement dans la mesure où la déclaration d'accident du travail peut entraîner le signalement du séjour irrégulier de l'étranger à l'administration.

Les détenus. S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, les détenus étrangers sont couverts par l'assurance maladie seulement pendant la période de leur détention, leurs droits n'étant pas prolongés au-delà de leur libération et la couverture ne s'étendant pas à leurs ayants droit hors les murs même mineurs.

Les conventions internationales. Sont concernés les ressortissants de pays signataires de conventions internationales qui écartent l'obligation de régularité du séjour (voir *Guide protection sociale du Gisti*, Éditions La Découverte, www.gisti.org).

Le maintien des droits (voir page 207). Le maintien des droits prévu à l'article L-161-8 du CSS, permet à l'étranger qui perd son droit au séjour en France et continue d'y résider, de bénéficier des prestations en nature (remboursements de soins) de l'assurance maladie, malgré l'absence de titre de séjour.

CONDITION DE RESSOURCES

Pour l'affiliation sur critère socioprofessionnel, il n'y a pas de condition de ressources, puisque l'affiliation est précisée effectuée du fait du versement de cotisations obligatoires (salariés et assimilés, bénéficiaires de prestations sociales).

Pour l'affiliation sur critère de résidence (base CMU), le bénéfice de la CMU de base est gratuit :

- si l'intéressé est éligible à la complémentaire CMU (voir page 211) selon l'article L861-2 dernier alinéa CSS ;
- si les ressources de l'intéressé sont strictement inférieures à **7 083 € par an** (montant au 24/01/2007), et ce, quelle que soit la composition du foyer.

Au-delà, une cotisation annuelle (8 %) est réclamée sur la part dépassant le plafond.

Les ressources prises en compte sont le « revenu fiscal de référence » (art. L380-2 du CSS) figurant sur l'avis d'imposition du foyer (dont ayants droit).

Période de référence : l'année civile précédente (art. D380-1 du CSS). Jusqu'au 1^{er} octobre de l'année en cours (N), l'avis d'imposition disponible est celui de l'année N -1 correspondant aux revenus perçus à l'année N -2. À compter du 2 octobre de l'année en cours, l'avis d'imposition disponible devient celui de l'année N, correspondant aux revenus perçus l'année N -1. Il peut donc arriver des situations où l'étranger récemment arrivé en France se voit demander de justifier de ses ressources de l'année N -2 alors qu'il résidait dans son pays d'origine. Cette exigence ne paraît pas conforme à la réglementation qui exige non pas l'avis d'imposition mais le revenu fiscal de l'année civile précédente.

Il convient de vérifier au préalable si l'étranger ne se trouve pas déjà sous le plafond de ressources pour les 12 mois précédant la demande. En effet, dans ce cas (très fréquent), la personne est éligible à la complémentaire CMU et se trouve ainsi dispensée de cotisation pour la base (art. L861-2 du CSS) et donc de justifier de ses ressources au-delà des 12 mois précédents.

Refus d'affiliation faute d'un relevé d'identité bancaire ou postal. Le RIB ou RIP est un document facultatif et son défaut ne doit pas faire obstacle à l'ouverture de droits notamment lorsque l'intéressé est éligible à la complémentaire CMU qui emporte dispense d'avance des frais.

IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MAJEURS

« L'immatriculation ne doit pas être confondue avec l'affiliation qui est le rattachement de l'assuré à une caisse primaire, conditionné par le fait que les conditions pour ouvrir des droits à l'assurance maladie sont remplies (cotisations ou résidence stable et régulière). »

Un numéro de sécurité sociale est attribué à toute personne qui demande pour la première fois à bénéficier de la sécurité sociale. Cette opération, l'immatriculation, qui a lieu une seule fois dans la vie, donne lieu à l'édition d'un numéro d'identification à 13 chiffres : le « NIR » (Numéro d'inscription au répertoire national Insee). L'immatriculation est directement liée à l'identification individuelle des personnes physiques et donc tributaire de l'état civil. L'immatriculation ne doit pas être confondue avec l'affiliation qui est le rattachement de l'assuré à une caisse primaire, conditionné par le fait que les conditions pour ouvrir des droits à l'assurance maladie sont remplies (cotisations ou résidence stable et régulière, etc., voir *supra*)

Pour le demandeur né à l'étranger (Français inclus) la procédure est particulière. Il doit lui-même fournir à la CPAM une pièce d'état civil probante avec filiation, qui est transmise au service SANDIA de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) à Tours, assurant pour le compte de l'Insee l'inscription au Répertoire national des personnes nées à l'étranger. C'est donc le service de Tours (et non la CPAM) qui édite le NIR au vu des photocopies des pièces transmises. Selon ce service, il n'existe pas de liste réglementaire de pièces d'état civil classées par valeur probante, mais une simple instruction de l'Insee. La mention du lieu de naissance, du pays de naissance et de la filiation sont des éléments déterminants pour identifier les homonymes. L'extrait d'acte de naissance traduit en français reste la pièce la plus probante et est donc prioritairement demandé.

En cas de défaut d'extrait d'acte de naissance, le demandeur doit présenter tout autre document d'état civil :

- un passeport (instruction Cnam lettre réseau LR-DRM-10/2004 du 28 janvier 2004) ;
- à défaut, la lettre d'enregistrement de l'Ofpra (ex-certificat de dépôt) avec le récépissé jaune (s'il mentionne la filiation) pour le demandeur d'asile (permet l'immatriculation définitive selon les informations orales de SANDIA en 2004) ;
- à défaut, une carte de séjour française, ou une pièce d'identité du pays ou une déclaration d'identité sur l'honneur mentionnant le lieu et le pays de naissance ainsi que la filiation.

L'éventuel refus d'immatriculation définitive par SANDIA est notifié à la CPAM et le demandeur doit être informé des motifs par la CPAM.

Dans l'attente de l'immatriculation définitive, la caisse doit procéder à l'édition d'un Numéro national provisoire (NNP), qui commence par 7 (homme) ou par 8 (femme). Il s'agit là d'une compétence des caisses primaires qu'il convient d'utiliser pleinement, de sorte que le défaut de pièce d'état civil probante ne fasse pas échec à la mise en œuvre de la « présomption de droit » prévue depuis la réforme CMU (voir *infra* *Délai d'ouverture*).

Il est possible à tout moment de fournir à la CPAM une pièce d'état civil probante pour passer d'une immatriculation provisoire à une immatriculation définitive.

L'enjeu de l'immatriculation définitive. Les personnes dont l'immatriculation est provisoire n'ont pas accès à la carte Vitale (voir *infra*) et rencontrent donc d'importantes difficultés d'accès aux soins, face aux professionnels de santé pour lesquels l'attestation papier est source de complications administratives (pas de télépaiement, pas de vérification informatique de l'ouverture des droits, remboursements hors département non assurés...).

IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MINEURS

Le mineur isolé, sans représentant légal et sans hébergeant identifié, ne peut ouvrir seul des droits à l'assurance maladie. Ce cas de figure impose, au-delà de l'accès à la protection maladie, l'orientation vers un service social spécialisé. L'affiliation « sans délai à la sécurité sociale » (voir *infra*) complétée d'une demande de complémentaire CMU est alors conditionnée par la désignation d'un représentant légal par le juge des tutelles, qu'il faut informer de ces difficultés afin de réduire les délais de prononcé de la mesure de protection.

« Le mineur isolé, sans représentant légal et sans hébergeant identifié, ne peut ouvrir seul des droits à l'assurance maladie. »

Le mineur sans représentant légal, hébergé chez un tiers, peut ouvrir des droits à l'assurance maladie en tant qu'ayant droit de ce tiers, bien que n'étant ni son enfant ni un proche. Aucune condition de lien juridique entre le mineur et l'assuré n'est nécessaire (art. L313-3, 2^o du CSS), mais plusieurs autres conditions doivent être remplies simultanément :

- le tiers hébergeant doit être lui-même assuré ;
- le tiers hébergeant, à défaut d'être le tuteur légal, doit avoir « recueilli » le mineur et doit en assumer « la charge effective et permanente ». Cette notion exclut donc les enfants de passage en France et se prouve par tout moyen, y compris par attestation sur l'honneur ;
- à partir de 16 ans, un certificat de scolarité est exigible, ce qui constitue un obstacle pour certains jeunes de plus de 16 ans du fait de l'absence d'obligation scolaire.

Le mineur accompagné doit être à la charge effective et permanente de l'assuré.

Difficultés communes à tous les mineurs. Ne peuvent faire obstacle au rattachement de l'enfant comme ayant droit :

- le défaut de lien juridique mineur/adulte. Une intervention argumentée auprès du CSS est systématiquement nécessaire. Il convient de rappeler la lettre de l'article L313-3 2° ainsi que la possibilité de déclaration sur l'honneur du recueil du mineur chez l'assuré. Cette déclaration est prévue au verso du formulaire Cerfa « déclaration en vue du rattachement des membres de famille de l'assuré » (voir *fac-similé* page 419) ;
- le défaut de pièce d'état civil. Ne sont exigibles ni le livret de famille (aucun lien juridique requis entre enfant et assuré), ni l'extrait de naissance (l'ayant droit n'étant pas immatriculé). À défaut de tout document d'identité, produire une déclaration sur l'honneur avec filiation ;
- le défaut de titre de séjour. Il ne peut pas être opposé au mineur, du fait que seul l'ayant droit majeur est astreint à l'obligation de séjour régulier (art. L161-25-2 du CSS) ;
- le défaut de « certificat médical de l'Anaem (anciennement OMI) » attestant que l'enfant est entré en France dans le cadre du regroupement familial. Il ne peut pas être opposé au mineur, la seule condition étant la charge effective et permanente de l'enfant (voir *supra*) ;
- le défaut de certificat de scolarité. Il ne peut pas être exigé avant l'âge de 16 ans ;
- le défaut d'ancienneté de résidence en France (3 mois). Elle n'est pas exigible de l'ayant droit mineur ou majeur.

ARTICLE L313-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

« Par membre de famille, on entend : [...] 2° jusqu'à un âge limite [16 ans ou 20 ans si scolarité], les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis. »

DÉLAI D'OBTENTION

Pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie au titre de la CMU de base, il s'agit par principe d'une « affiliation sans délai ». À la différence de la complémentaire CMU (voir page 212), il n'existe donc pas de procédure d'urgence.

L'« affiliation sans délai » n'est précisée par aucun texte. Il s'agit, depuis la création de ce système en 1999, de mettre en œuvre une « présomption de droit » pour toute personne sans protection de base, la caisse cherchant a posteriori le régime réel de la personne et le montant de la cotisation éventuelle (art. L161-2-1 du CSS et circulaire DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, §A.I). Lorsque le dossier est complet, certaines caisses primaires remettent le jour même à l'intéressé une attestation papier

d'admission provisoire valable 3 mois, dont le code régime correspondant est 803 (admission provisoire à la base CMU).

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

La date d'ouverture des droits est la date de dépôt du dossier, même lorsque la réponse de la caisse parvient ultérieurement (circulaire DSS/2A du 12 janvier 2000, §I. 2.2, page 3). Les frais engagés à compter de cette date doivent donc être pris en charge pour la part obligatoire (attention, ce n'est pas le cas, en principe, pour la part complémentaire qui reste à la charge de l'assuré).

Il n'y a pas rétroactivité d'ouverture des droits, sauf dans certains cas où une demande de complémentaire CMU est simultanément demandée.

En cas de réception d'une facture de l'hôpital, prendre contact avec le service des frais de séjour ou le service social du service concerné. En cas de convocation ou de demande de documents par le CSS, se présenter dans les meilleurs délais pour établir le dossier. Pour les personnes dont les ressources sont faibles, il existe des possibilités limitées d'ouverture rétroactive des droits avec la complémentaire CMU ou l'AME.

DURÉE DE LA PROTECTION

La durée d'ouverture des droits à l'assurance maladie n'est pas clairement précisée, la CMU de base ayant pour fonction de maintenir dans le système toute personne résidant en France de façon stable et régulière. Cependant il existe un « maintien de droit automatique » (art. L161-8 du CSS) pour 1 an pour la couverture de base (art. R161-3 du CSS) à compter du jour où l'intéressé cesse de remplir les conditions pour être assuré. Attention, ce maintien des droits ne concerne pas la complémentaire (voir complémentaire CMU et AME).

Le maintien des droits est applicable pour un étranger qui perd son droit au séjour en France. Les assurés étrangers et/ou leurs ayants droit qui deviennent « sans-papiers » restent bénéficiaires de l'assurance maladie, sur la base de l'article L161-8 du CSS, pendant 1 an à compter de la date de péremption de leur titre de séjour. Les instructions ministérielles (circulaire du 3 mai 2000, § C. I- a) prévoient d'appliquer effectivement ce dispositif, sauf pour les affiliés sur critère de résidence (CMU de base).

CMU DE BASE : UNE AFFILIATION SANS DÉLAI ET SIMPLIFIÉE

Article L161-2-1 CSS :
« Toute personne qui déclare auprès d'une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. »

En pratique, le maintien des droits est appliqué pour les assurés sur critères socioprofessionnels (dont les anciens demandeurs d'asile indemnisés par les Assedic). Demander au CSS une notification écrite et une mise à jour de la carte Vitale. Il est souvent nécessaire de rappeler que, dans ce cas, un titre de séjour en cours de validité n'est précisément pas nécessaire (circulaire du 3 mai 2000). Pour les (anciens) bénéficiaires de la CMU de base, seul un recours devant la Commission de recours amiable de la caisse, puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale permettra d'obtenir le maintien des droits (voir la note pratique du Gisti « Maintien des droits » qui comprend des modèles de demande et de recours, www.gisti.org).

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE VITALE

Les frais couverts par l'assurance maladie (art. L321-1 CSS) sont les frais de médecine générale, spéciale et de soins dentaires (70 %), les frais pharmaceutiques (65 %), d'analyses et d'examens de laboratoire (60 %), d'hospitalisation ou de consultation externe et d'examens de laboratoire à l'hôpital (80 %), de transport (35 %), de prothèses dentaires et optiques (sur la base d'un prix forfaitaire très inférieur au coût réel), de rééducation fonctionnelle (40 %).

L'assuré doit régler ses frais de santé (à l'exception de l'hospitalisation) et se fait rembourser par la CPAM. Le système du « tiers payant », à négocier avec le professionnel de santé, permet de ne pas faire l'avance de la totalité des frais (un tiers, l'assurance maladie, paye à la place de l'assuré). La CPAM rembourse le professionnel pour la « part obligatoire », et l'assuré ne paye que la part complémentaire, appelée « ticket modérateur ». La « dispense complète d'avance des frais » (pas de paiement du ticket modérateur) est réservée aux seuls titulaires de la complémentaire CMU (voir page 216) ou de l'AME (voir page 227).

POUR EN SAVOIR PLUS

VIH et 100 % sécurité sociale, un guide associatif pour compléter le protocole de soins, TRT5

www.trt-5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoin-LoDef-2.pdf

Le « 100 % » c'est-à-dire les cas d'exonération du ticket modérateur (art. L322-2 et R322-1 du CSS) concernent les hospitalisations à partir du 31^e jour ou les opérations dont le coefficient est supérieur à K50, les soins délivrés pour une affection de longue durée (100 % ALD30, liste à l'art. D322-1 du CSS, les femmes enceintes pour les quatre derniers mois de grossesse, l'hospitalisation des nouveau-nés, les bilans et traitements de stérilité sur avis du contrôle médical de la caisse, les titulaires de certaines pensions - invalidité, accident du travail).

La notification d'ouverture de droits à l'assurance maladie prend systématiquement la forme d'une notification papier indiquant l'immatriculation de l'assuré, son centre de rattachement, la date de début de la protection, le code régime, ainsi qu'un éventuel 100 %. Attention : la mention « CMU » ne signifie pas « complémentaire CMU » (mention figurant explicitement pour ceux qui en sont bénéficiaires).

La carte « Vitale » est un support électronique permettant de simplifier les relations avec les professionnels de santé (vérification des droits et paiement plus rapide par la caisse). Elle indique les droits à la complémentaire CMU. Son obtention est conditionnée à l'octroi d'une immatriculation (voir page 204) définitive. En cas d'immatriculation provisoire (numéro commençant par 7 ou 8), il faut remettre au CSS un document d'état civil probant pour obtenir une immatriculation définitive.

PROTECTION MALADIE

LA COMPLÉMENTAIRE CMU

La complémentaire CMU (Couverture maladie universelle) est une protection maladie complémentaire de service public, gratuite, sous condition de ressources, dont le contenu est défini par la loi.

Les cotisations sont prises en charge par l'État et une contribution des organismes complémentaires (Fonds CMU).

Elle peut être gérée soit par la caisse d'assurance maladie (assureur unique base et complémentaire), soit par un organisme complémentaire privé inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département (deux « assureurs » différents). La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits.

VOIR AUSSI *Organisation et dispositifs* page 189 et *L'assurance maladie* page 198

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION

Pour pouvoir prétendre à la complémentaire CMU, il faut :

- être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- percevoir des ressources inférieures au montant du plafond national fixé par l'État.

Domiciliation et lieu de dépôt de la demande : voir *L'assurance maladie* page 199.

CONDITION DE RÉSIDENCE

Condition de résidence : être en séjour « stable et régulier » (voir page 199) au sens de la couverture de base (art. R861-1 qui renvoie sur les conditions applicables en « CMU de base »). Pour l'assuré, la condition de résidence est généralement déjà acquise

par l'accès à l'assurance maladie. Les étrangers en séjour irrégulier mais assurés sociaux au titre du maintien des droits (voir page 207) ne peuvent pas accéder à la complémentaire CMU faute d'être en séjour régulier. Pour les autres membres du foyer, ils doivent être assurés pour la part obligatoire (base), éventuellement comme ayants droit du bénéficiaire de la CMU-C.

CONDITION DE RESSOURCES

La complémentaire CMU n'est accessible qu'à l'assuré social dont le revenu annuel est inférieur à un plafond. L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation. Le plafond varie selon la composition du foyer (nombre et les revenus des personnes qui seront également couvertes) :

PLAFOND DE RESSOURCES MENSUEL EN COMPLÉMENTAIRE CMU- SELON LA TAILLE DU FOYER

au 24/01/2007

PLAFONDS	1 PERSONNE	2 PERSONNES	3 PERSONNES	4 PERSONNES	PAR PERS. SUPPLÉMENTAIRE
Métropole	598,23 €	897,35 €	1 076,82 €	1 256,29 €	+ 239,29 €
Dom	662,84 €	994,26 €	1 193,12 €	1 391,97 €	+ 265,14 €

Le foyer du demandeur se compose de son conjoint (y compris concubin ou pacsé), de ses enfants âgés de moins de 25 ans et des autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à charge et rattachées au foyer fiscal du demandeur (art. R861-2 et R861-4 du CSS).

Les ressources prises en compte se composent de l'ensemble des ressources du foyer nettes de prélèvements sociaux obligatoires (art. R861-4 du CSS). Ainsi, sauf rares exceptions, tous les demandeurs d'asile ont droit à la complémentaire CMU. Les charges de pensions et obligations alimentaires sont déduites des ressources (art. R861-9 du CSS).

Les avantages en nature. Le bénéfice d'un logement à titre gratuit est l'unique avantage en nature pris en compte. Il fait l'objet d'une évaluation forfaitaire (art. R861-5 du CSS) pour un montant identique à son évaluation pour le RMI (soit 12 % du montant de l'allocation de RMI garanti à une personne seule. Au 1^{er} janvier 2007 : 52,90 € pour une personne seule ; 92,58 € pour deux personnes ; 111,10 € pour trois personnes et plus).

Les ressources non prises en compte. Il s'agit de certaines prestations sociales définies à l'article R861-10 du CSS (dont les secours et aides sociales ponctuelles servis par les services sociaux).

La période de référence : les 12 mois civils précédant la demande (art. R861-8 du CSS). En attendant le versement des Assedic, les demandeurs d'asile doivent remplir la déclaration sur l'honneur dans les rubriques adéquates sur les deux formulaires de demande de CMU (formulaires Cerfa S3710 [base] et S3711 et S3712 [complémentaire], voir page 420). À noter : la nature des ressources comme la période de référence sont différentes de la CMU de base. Le bénéficiaire de la complémentaire CMU est dispensé de cotisation pour la base (art. L861-2 du CSS) et donc de l'évaluation des ressources y afférant.

Une aide financière pour l'acquisition d'une couverture complémentaire « privée » est possible pour les foyers dont les ressources dépassent le plafond de moins de 20 %. Cette aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer. La demande est à faire auprès du CSS. Il faut présenter l'attestation d'accord à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, pour bénéficier de la réduction sur le contrat santé individuel envisagé ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'ADMISSION IMMÉDIATE « SI LA SITUATION L'EXIGE »

Pour les personnes démunies, seule l'admission à la complémentaire CMU (ou à l'AME) garantit la dispense totale d'avance des frais et donc l'accès aux soins. La seule affiliation à la « base » ne le permet pas. Or le délai d'obtention de la complémentaire CMU en procédure normale peut durer jusqu'à 3 mois (voir *infra*).

L'admission immédiate à la complémentaire CMU pour le demandeur « dont la situation l'exige » est un droit prévu par le Code de la sécurité sociale (art. L861-5 4°). Elle est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de la CMU préalable aux soins est donc toujours

possible et préférable aux « soins gratuits » souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Le dossier doit être complet (voir *infra*), avec une lettre du professionnel (médecin, travailleur social) pour appuyer la demande : « *L'état de santé de Mme/M. justifie une demande d'admission immédiate pour une consultation/un traitement spécialisé incompatible avec le délai d'une procédure de décision normale* » et faire référence à la loi (art. L861-5 4° du CSS).

L'admission immédiate requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel, lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défont en effet de cette procédure en adressant les demandeurs vers les dispositifs précarité, voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au CSS (plate-forme téléphonique puis si possible standard du CSS ou responsable CMU) pour identifier la nature du blocage, informer de la demande et du droit à l'admission immédiate. En cas de refus persistant, contacter le chef de centre (CSS), et si besoin la hiérarchie de la caisse (CPAM), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.

Les interlocuteurs des CPAM méconnaissent souvent le droit à l'admission immédiate à la complémentaire CMU. Il faut rappeler les éléments suivants :

- pour la complémentaire CMU : selon la loi, « *lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire de santé est attribué, au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions [...]* » (art. L861-5 4° alinéa du CSS) ;
- pour les personnes n'ayant jamais ouvert de droits à un système français d'assurance maladie, la demande « d'admission immédiate à la complémentaire CMU » suppose le traitement simultané par la caisse primaire de l'immatriculation, l'affiliation à la base et l'examen du droit à la complémentaire. Rappel : pour la couverture de base, le principe est « *l'affiliation sans délai* » (voir page 206) et le « *bénéfice immédiat des prestations en nature* » (loi CMU, art. L161-2-1 du CSS) ;
- l'admission immédiate n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à éviter l'hospitalisation en urgence, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

ADMISSION IMMÉDIATE : UNE CIRCULAIRE DE RÉFÉRENCE

*Circulaire ministérielle
DSS/2A/99/701
du 17 décembre 1999, § IV*

« Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés [...] qui ont transmis la demande. Dans ce cas, les caisses doivent prendre toute disposition pour que cette notification de droit à la complémentaire soit délivrée dans la journée à l'intéressé. »

DÉLAI D'OBTENTION EN CAS DE PROCÉDURE NORMALE

L'admission normale à la complémentaire CMU peut prendre 3 mois. Un délai maximum d'instruction s'impose à la caisse (art. L861-5, 3^e al. du CSS). Ce délai est de 2 mois (art. R861-16 du CSS). Cependant, la protection ne commence ni à la date de la demande, ni à la date de décision de l'administration, mais au premier jour du mois qui suit la date de décision d'accord (art. L861-6 du CSS), après instruction du dossier. Le délai cumulé d'obtention est donc au maximum de 3 mois.

En cas de non-réponse de la caisse pendant 2 mois, le demandeur bénéficie d'une décision implicite d'accord pour sa protection complémentaire (art. L861-5, 3^e al. du CSS), accord sans portée pratique, puisque, étant implicite, la décision n'est attestée par aucun document. De plus, l'absence de récépissé de dépôt de la demande interdit le plus souvent le bénéfice des décisions implicites d'accord. Il convient donc d'exiger la délivrance d'un reçu de dépôt de la demande conformément à l'article 19 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration. Ceci est confirmé par la circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, § B. II.

DATE D'OUVERTURE DES DROITS, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

Admission normale : aucune rétroactivité et pas de couverture pendant l'instruction. Les droits étant ouverts à la date de réponse de l'administration (voir *supra*), il n'y a donc pas de rétroactivité de la prise en charge. Les frais engagés pendant la période d'instruction ne seront donc pas couverts par la complémentaire CMU et le ticket modérateur restera dû.

L'admission immédiate : rétroactivité partielle. Les droits sont ouverts au premier jour du mois de dépôt de la demande (art. L861-5, 4^e al.), ce qui se traduit par une rétroactivité de 1 mois maximum.

Rétroactivité pour les séjours à l'hôpital et facture. Par dérogation au principe de prise en charge, il y a rétroactivité pour les « séjours en établissement de santé », ce qui exclut les consultations externes à l'hôpital et, bien évidemment, les soins en ville. À réception d'une facture, pour faire jouer la rétroactivité, la demande doit être initiée par l'établissement de santé lui-même et à défaut le demandeur doit fournir au CSS son « bulletin d'hospitalisation » (attestation de présence à l'hôpital). Il est prudent d'orienter la personne vers le service social du service hospitalier qui a prodigué les soins pour qu'il saisisse la caisse. Dans ce cas, les droits sont ouverts à la date du premier jour d'hospitalisation.

**CIRCULAIRE
MINISTÉRIELLE
DSS/2A/99/701
DU 17 DÉCEMBRE 1999,
§ B. IV, page 5 :**

« La décision d'attribution du droit à la date du dépôt de la demande et la date d'effet [...] Le demandeur séjournant dans un établissement de santé peut ne pas avoir été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l'établissement. Il conviendra dans ce cas que l'établissement de santé établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais, la date d'entrée dans l'établissement de santé étant alors assimilée à la date de dépôt de la demande. »

DURÉE DE LA PROTECTION : 1 AN

La loi prévoit que les droits à la complémentaire sont ouverts par période de 1 an (art. L861-5, 5^e alinéa du CSS). La notification doit donc impérativement ouvrir des droits pour une période incompressible de 1 an, même si le titre de séjour présenté dans le dossier est de courte durée.

Pourtant, de nombreuses caisses méconnaissent ce principe. Il convient de rappeler la lettre de la loi et deux textes réglementaires du ministère :

- selon la circulaire DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 §B IV :
« *Le droit à la protection complémentaire est attribué pour une période de 1 an à compter de la date de la décision, même si l'intéressé dispose au moment de sa demande d'un titre ou document attestant de la régularité de son séjour en France d'une durée inférieure à un an* » ;
- selon la circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000 §C. I-B 3 :
« *Le droit à la protection complémentaire en matière de santé a été attribué pour une période de 1 an et ne peut être remis en cause pendant cette période. En conséquence, même si l'intéressé ne remplit plus la condition de résidence au cours de cette période, le droit à la protection complémentaire ne peut prendre fin qu'à l'expiration de la période de 1 an de droit.* »

Il n'y a pas de maintien des droits au-delà de la période de 1 an. Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire la demande (si possible 3 mois avant l'expiration des droits).

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE VITALE

Les frais couverts par la complémentaire CMU sont définis par la loi (art. L861-3 du CSS) :

- le ticket modérateur (exonération totale) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;
- le forfait journalier (ou « hospitalier ») sans limitation de durée (en cas d'hospitalisation) ;
- et, au-delà des montants remboursables par l'assurance maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés, des prothèses dentaires et de l'orthopédie dento-faciale (ODF), des lunettes (verres et montures), des prothèses auditives et d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants...).

En pratique

- Chez le auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), il n'y a rien à payer sous réserve d'une prescription par un médecin.
- Chez le dentiste, il n'y a rien à payer pour les soins conservateurs (caries, détartrage, examens de contrôle), ni pour les prothèses dentaires dans la limite des tarifs de la complémentaire CMU. L'entente préalable n'est nécessaire que pour l'orthopédie dento-faciale.
- Pour l'optique, le bénéficiaire ne paie rien pour les verres dans la limite des tarifs de la complémentaire CMU, sauf en cas de demande particulière (verres anti reflets / incassables, lentilles). Il ne paie rien pour la monture de lunettes dans la limite du tarif fixé à 22,87 €. L'opticien est tenu de proposer une monture et des verres dans cette gamme de prix. Il doit préalablement établir un devis d'après la prescription médicale, lequel doit être adressé au CSS. Celui-ci (ou l'organisme gestionnaire) notifiera sa décision de prise en charge.
- Les professionnels de santé en secteur 2, notamment les médecins et dentistes à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la complémentaire CMU, sauf en cas d'exigence particulière (rendez-vous en dehors des heures habituelles, visite non justifiée). Ils sont également tenus de pratiquer le « tiers payant intégral » (voir ci-dessous). Les anomalies ou les refus soins doivent être signalés au siège de la CPAM.

La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral » est un droit automatique pour tous les bénéficiaires (art. L861-3 du CSS). Ils n'ont donc pas à déboursier d'argent chez les professionnels de santé, qui se font régler directement leurs honoraires par la caisse.

Carte Vitale : les informations sur les droits à la complémentaire CMU y sont intégrées (mais pas l'aide médicale État, même quand celle-ci est attribuée en complément de l'assurance maladie).

PROTECTION MALADIE

L'AIDE MÉDICALE ÉTAT

L'Aide médicale État (AME) est la forme résiduelle du dispositif de l'aide sociale en matière de protection maladie. Réformée avec la loi CMU de 1999, elle n'est plus destinée qu'aux étrangers démunis, exclus de la sécurité sociale parce qu'ils ne remplissent pas la condition de « résidence régulière ». L'AME « de droit commun » constitue la protection maladie des étrangers sans titre de séjour, alors que l'AME « sur décision du ministre » est traitée page 222 dans la partie « Condition de résidence » de l'AME de droit commun. Le fonds de financement pour les « soins urgents et vitaux » qui est un système de repêchage pour les non-bénéficiaires de l'AME est traité page 184.

VOIR AUSSI *Organisation et dispositifs* page 189

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION DE L'AME DE DROIT COMMUN

L'AME est réservée aux étrangers sans papiers « résidant » en France depuis plus de 3 mois et qui sont exclus de l'assurance maladie, en raison d'un séjour non régulier au sens de la réglementation de la sécurité sociale (voir page 199). Attention : les demandeurs d'asile relèvent de l'assurance maladie avec complémentaire CMU (voir page 199), sauf s'ils sont démunis de titre de séjour provisoire (c'est fréquemment le cas des procédures d'asile dites « prioritaires », voir page 76).

L'AME est une prestation d'aide sociale, définie aux articles L251-1 et suivants du CASF (Code de l'action sociale et des familles). Sous condition de ressources, l'aide sociale n'intervient qu'à titre subsidiaire, c'est-à-dire après que l'intéressé a fait valoir ses droits aux assurances sociales (assurance maladie) et à la solidarité familiale (obligation alimentaire).

RÉFORME DE LA LOI ET TICKET MODÉRATEUR

La loi de finances rectificative de 2002 a introduit une réforme majeure de l'AME en laissant un ticket modérateur à charge du bénéficiaire. Toutefois, début 2007, cette disposition n'est pas appliquée en raison de la non-parution du décret d'application.

RÉCAPITULATIF DES TEXTES APPLICABLES EN MATIÈRE D'AME

Code de l'action sociale et des familles (CASF) modifié par :

- loi de finances rectificative 2002 du 30/12/2002 (art. 57) ;

- loi de finances rectificative 2003 du 30/12/2003 (art. 97) ;

Articles L251-1 et suivants (définition de l'AME et conditions générales d'accès) ;

Articles L111-1 et L111-2 (condition de résidence en France).

Décret n° 54-883

du 2 septembre 1954 modifié

en dernier lieu par le décret n°2005-859 du 28 juillet 2005 (procédures et conditions d'accès à l'aide sociale)

Titre IV, article 40 et suivants

Décret n° 2005-860

du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'Aide médicale de l'État.

Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide médicale de l'État.

Convention État-CNAMTS

du 17 octobre 2000 (procédure et conditions d'accès à l'AME).

Avis du Conseil d'État

du 8 janvier 1981 (Définition de la résidence habituelle en France).

En projet : Décret d'application fixant les montants et le plafonnement des « tickets modérateurs » suite à la modification introduite par la loi de finances rectificative 2002 : [non paru début 2007](#).

Texte abrogé : circulaire DAS 2000/14 du 10 janvier 2000

L'AME n'est pas un droit acquis. Le principe de subsidiarité implique que l'administration peut réviser des décisions antérieurement prises, en vue d'une « récupération » des sommes avancées par la collectivité, en cas de retour de l'intéressé à meilleure fortune, ou sur sa succession, ou encore sur ses obligations alimentaires (conjoint, ascendants et descendants directs...).

Le principe « déclaratif » a été supprimé par le décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 qui a modifié le décret du 2 septembre 1954. La liste des pièces à fournir est détaillée à l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005.

Domiciliation : les personnes sans domicile fixe (SDF) doivent élire domicile auprès d'une association agréée, les CPAM ne procédant pas aux domiciliations. La circulaire DSS/2A n° 2000-382 du 5 juillet 2000 sur la domiciliation CMU/AME indique que les CCAS (mairies) sont tenus de domicilier les personnes SDF, ce qui s'avère rare dans la pratique.

Où demander ? La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est chargée de l'instruction des demandes, par délégation du préfet. En principe, la demande doit être faite au Centre de sécurité sociale (CSS) de quartier, selon l'adresse de son hébergement ou de sa domiciliation. Attention : à ce jour certaines CPAM ne respectent pas ce principe et refusent de recevoir les demandes d'AME dans les Centres de sécurité sociale (CSS) de quartier. Les étrangers sans papiers sont renvoyés, soit sur des guichets spécifiques de la caisse, soit vers le Centre communal d'action sociale (CCAS) de la mairie. Il faut se renseigner département par département. Les assistantes sociales de secteur sont également habilitées à constituer les dossiers pour les transmettre à la CPAM qui reste l'autorité de décision.

Les recours doivent être portés devant la Commission départementale d'aide sociale (à la Ddass) et non devant la Commission de recours amiable de la caisse primaire ni devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. L'instance d'appel est la Commission Centrale d'Aide Sociale (8 av. de Ségur 75350 PARIS 07 RP ; T : 01 53 86 14 01) et la juridiction de cassation est le Conseil d'État (1 place du Palais-Royal 75100 PARIS 01 SP ; T : 01 40 20 80 00).

LE JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ

Selon l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, au moins une des pièces de la liste suivante doit être fournie :

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005

Le demandeur doit fournir : Article 4 : [...]

1° *Pour la justification de son identité et de celle des personnes à sa charge, l'un des documents énumérés ci-après :*

- a)** *le passeport ;*
- b)** *la carte nationale d'identité ;*
- c)** *une traduction d'un extrait d'acte de naissance effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité ;*
- d)** *une traduction du livret de famille effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité ;*
- e)** *une copie d'un titre de séjour antérieurement détenu ;*
- f)** *tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celle des personnes à sa charge.*

Cette liste est précisée par la circulaire du 27 septembre 2005 :

Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État

2.2. *La justification de l'identité*

Le décret n°2005-860 dispose que le demandeur et chacune des personnes à sa charge doivent justifier de leur identité.

Lorsqu'ils souhaitent le faire au moyen d'un extrait d'acte de naissance (c) du 1°) ou d'un livret de famille (d) du 1°), la production d'une traduction n'est pas nécessaire lorsqu'il est possible de s'assurer directement, à partir du document rédigé dans la langue étrangère, des noms, prénoms, dates et lieux de naissance prévus par le formulaire de demande.

À défaut pour le demandeur d'être en mesure de justifier de son identité et de celle des personnes à sa charge par l'un des documents énumérés aux a) à e) du 1° de l'article 4, il conviendra pour la CPAM, conformément au f) dudit article, de rechercher si tout autre document produit par la personne peut être considéré comme de nature à attester ces identités.

Pourra à cette fin être utilisé, par exemple, un document nominatif des ministères des Affaires étrangères, de l'Intérieur ou de la Justice, un permis de conduire ou une carte d'étudiant. Dans le cas où un demandeur qui prouve sa bonne foi par la cohérence de ses déclarations n'est en mesure de produire aucun de ces documents, une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la CPAM.

DÉFINITION DE LA RÉSIDENCE HABITUELLE

Avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981

« La condition de résidence [...] doit être regardée comme satisfaite en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée, dans chaque cas en fonction de critères de fait et, notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. [...] »

CONDITION DE RÉSIDENCE EN FRANCE

Une prestation pour étrangers « sans-papiers ». L'AME est une prestation réservée aux étrangers qui ne remplissent pas la condition de titre de séjour imposée pour accéder à l'assurance maladie par la CMU de base (art. L251-1 du CASF). C'est donc une définition a contrario qui concerne en pratique les étrangers sans titre de séjour en cours de validité et sans relation avec l'autorité préfectorale (les étrangers titulaires d'un « récépissé », une « autorisation provisoire de séjour », une « convocation en préfecture » ou un « rendez-vous », sont « en règle » et relèvent de l'assurance maladie).

Trois mois d'ancienneté de séjour en France. L'article L251-1 du CASF impose depuis le 1^{er} janvier 2004 un stage préalable en France de 3 mois ininterrompus. Les étrangers en France depuis moins de 3 mois ne sont donc pas éligibles à l'AME (voir également *infra* « Lorsque la condition de résidence n'est pas remplie »).

La condition de « résidence habituelle » en France (art. L111-1 du CASF), est une notion générale qui a été précisée par le Conseil d'État (voir ci-contre). Elle ne fait pas référence à l'ancienneté de la présence en France mais à la nature des liens qui unissent le demandeur à la collectivité. Ne remplissent pas cette condition les étrangers « de passage ».

Justificatifs. Selon l'article 4 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005, au moins une des pièces de la liste suivante doit être fournie.

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005

Le demandeur doit fournir : Article 4 : [...]

2° *Pour la justification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français du demandeur, le visa ou le tampon comportant la date d'entrée en France figurant sur son passeport ou, à défaut :*

- a)** *une copie du contrat de location ou d'une quittance de loyer datant de plus de trois mois ou d'une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois ;*
- b)** *un avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, à la taxe foncière ou à la taxe d'habitation ;*
- c)** *une facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois ;*
- d)** *une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois, lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique ;*
- e)** *une attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois ;*
- f)** *si la personne est sans domicile fixe, une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé en application de l'article L. 252-2 du Code de l'action sociale et des familles et datant de plus de trois mois ;*
- g)** *tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.*

Cette liste est précisée par la circulaire du 27 septembre 2005 :

Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État

Sont ainsi susceptibles d'être notamment utilisés les documents nominatifs suivants, émanant d'une administration ou d'un organisme sanitaire ou social : un document des ministères des Affaires étrangères, de l'Intérieur ou de la Justice, une attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement, un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de sécurité sociale ou une Assedic, un bulletin d'hospitalisation, un titre de recettes ou une facture d'un établissement de santé, une attestation établie par un professionnel de santé ou une association reconnue se portant garant de la fréquentation du demandeur. En revanche, les déclarations sur l'honneur des demandeurs ou de tiers n'agissant pas dans l'un des cadres professionnels précités ne sont pas de nature à satisfaire les exigences posées par le décret.

Le renouvellement de l'AME pose également des difficultés.

En effet, l'instauration d'une condition d'ancienneté de présence en France conduit les CPAM, à l'occasion du renouvellement du droit, à exiger la justification des 3 derniers mois de présence en France quand bien même l'étranger est résident de longue durée. Cette pratique est manifestement contraire à la notion de résidence habituelle en France et constitue un frein important à l'accès à la prestation, les « sans-papiers » ayant des difficultés spécifiques pour fournir de tels justificatifs. Dans ce cas, il faut rappeler les indications de la circulaire du 27 septembre 2005 qui précise que :

- (point 2.3) : « Une personne qui prouve sa résidence en France par un document datant de plus de trois mois à la date de la décision est considérée comme remplissant la condition. En conséquence, il n'y a pas lieu d'exiger un justificatif pour chaque mois de résidence en France. »
- (point 2.5) : « La justification des conditions d'admission en cas de demande de renouvellement du droit : la demande de renouvellement elle-même constitue un document de nature à présumer, au sens du g) du 2° de l'article 4 du décret n°2005-860, que la condition de résidence ininterrompue pendant trois mois est remplie. »

LORSQUE LA CONDITION DE RÉSIDENCE EN FRANCE N'EST PAS REMPLIE

Le fonds pour les « soins urgents et vitaux » (voir page 184) permet, sous certaines conditions, la prise en charge ponctuelle de frais hospitaliers d'étrangers nouvellement arrivés en France.

L'aide médicale État sur décision du ministre, parfois appelée « aide médicale humanitaire », permet aux pouvoirs publics de prendre en charge, au titre de l'AME, les frais de santé d'une personne présente sur le territoire français sans y résider (art. L251-1, 2° alinéa du CASF). Cette disposition concerne donc les personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence en France (voir *supra*), et notamment les personnes venues se faire soigner en France. Le pouvoir de décision de l'administration est largement discrétionnaire, puisque le Code précise qu'il s'agit d'une « possibilité » si « l'état de santé [du requérant] le justifie ».

La demande initiale argumentée doit être adressée à :

- pour un étranger déjà présent en France :

M. le directeur de la DDASS du département de résidence
(voir adresses Ddass dans *Répertoires régionaux*) ;

- pour un étranger hors de France :

M. le ministre de l'Emploi de la Cohésion sociale et du Logement,
Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des politiques d'insertion
et de lutte contre les exclusions
11 place des 5 Martyrs du lycée Buffon 75696 PARIS Cedex 14

En cas de rejet écrit (rare) ou implicite (2 mois sans réponse de l'administration), le requérant a toutefois la possibilité de former un recours devant le tribunal administratif de Paris, seul compétent selon la jurisprudence du Conseil d'État.

CONDITIONS DE RESSOURCES

Les conditions de ressources sont soumises aux mêmes dispositions qu'en matière de complémentaire CMU (voir page 211). L'AME n'est donc accessible qu'à l'assuré social dont le revenu annuel est inférieur à un plafond. L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation. Le plafond varie selon la composition du foyer (nombre et les revenus des personnes qui seront également couvertes) :

PLAFOND DE RESSOURCES MENSUEL EN AME SELON LA TAILLE DU FOYER

au 24/01/2007

PLAFONDS	1 PERSONNE	2 PERSONNES	3 PERSONNES	4 PERSONNES	PAR PERS. SUPPLÉMENTAIRE
Métropole	598,23 €	897,35 €	1 076,82 €	1 256,29 €	+ 239,29 €
Dom	662,84 €	994,26 €	1 193,12 €	1 391,97 €	+ 265,14 €

Personnes dont les ressources sont prises en compte : « Les ressources prises en compte [...] sont constituées par l'ensemble des ressources de toute nature du demandeur ainsi que des personnes à sa charge » (art. 40 du décret du 2 septembre 1954 modifié ; voir également la circulaire du 27 septembre 2005). Il s'agit des ayants droit au sens de l'assurance maladie, à savoir principalement : le conjoint ou le concubin, les enfants à charge du demandeur (liste détaillée aux art. L161-14 et L313-3 du CSS).

Personnes dont les ressources ne doivent pas être prises en compte :

- les ressources d'un sans-papiers, conjoint d'un assuré social, sont étudiées de façon autonome (sans tenir compte des ressources du conjoint en situation régulière) - article 4c de la convention État-Cnam (de délégation de gestion de l'AME) du 17 octobre 2000 et circulaire du 27 septembre 2005 (point 2.4) ;
- en aucun cas les ressources de l'hébergeant ne peuvent être demandées, sauf si celui-ci est par ailleurs « l'ayant droit » du demandeur (enfant du demandeur, conjoint du demandeur, essentiellement) ;
- les obligés alimentaires n'ont pas à fournir le montant de leurs ressources : conjoint marié ne vivant pas au foyer; partenaire pacsé ; ascendants et descendants (non à charge) en ligne directe sans limitation de degré, vivant ou non avec le demandeur ; gendres et belles-filles, limité au 1^{er} degré d'alliance entre alliés ; beau-père et belle-mère limité au 1^{er} degré d'alliance entre alliés (art. L253-1 du CASF).

Nature des ressources prises en compte. Les ressources prises en compte comprennent l'ensemble des ressources de toute nature, nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (art. 40 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

Les avantages en nature. Seul est pris en compte dans le calcul des ressources, le fait d'être hébergé gratuitement. Cette évaluation est faite dans les mêmes conditions qu'en matière de complémentaire CMU (voir page 211).

La période d'appréciation des ressources : les 12 mois précédant la demande (art. 40 du décret du 2 septembre 1954 modifié). La disposition prévoyant la possibilité de tenir compte des seuls 3 derniers mois en cas de modification dans la situation financière du demandeur a été supprimée par décret en juillet 2005, la circulaire du 27 septembre 2005 se contentant de préciser qu'« une attention particulière sera accordée aux ressources perçues au cours des trois derniers mois ».

Justificatifs à fournir :

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005

Le demandeur doit fournir : Article 4 : [...]

3° Pour la justification de ses ressources et, le cas échéant, de celles des personnes à charge, y compris les ressources venant d'un pays étranger, **un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée.**

La circulaire du 27 septembre 2005 n'apporte pas de précisions supplémentaires.

CIRCULAIRE N° DGAS/DSS/DHOS/ 2005/407 DU 27 SEPTEMBRE 2005 RELATIVE À L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

1.4. cas particuliers

Il convient de hâter l'instruction des demandes d'AME émanant de personnes qui, sans nécessiter immédiatement une hospitalisation, présentent une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapide sous peine d'aggravation. Dans ce cas, le médecin de ville ou hospitalier qui, lors d'une consultation, constate la pathologie établit un certificat médical, joint à la demande, pour solliciter de la CPAM une instruction prioritaire du dossier. La CPAM procède immédiatement à une vérification de ce dossier, de manière à réclamer sans délai les éventuels renseignements et documents manquants. Une fois le dossier complet, elle prend aussitôt une décision.

DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION PRIORITAIRE SUR DEMANDE MÉDICALE

Pour les personnes démunies, seule la dispense totale d'avance des frais chez le professionnel de santé permet l'accès aux soins. Sur le même principe qu'en matière de complémentaire CMU pour les assurés sociaux, il existe une procédure d'instruction rapide d'une demande d'AME. En procédure normale (voir *infra*), le délai peut s'avérer très long selon la charge de travail et les capacités des caisses.

L'instruction prioritaire est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de l'AME préalable aux soins est préférable aux « soins gratuits » souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Cette procédure, bien que n'étant pas prévue dans la loi ni dans les décrets d'application, trouve sa source dans la circulaire du 27 septembre 2005.

La demande doit être sollicitée par un médecin qui doit délivrer un certificat médical pour que le demandeur le joigne à son dossier complet de demande d'AME.

L'instruction prioritaire requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel, lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défont en effet de cette procédure en adressant les demandeurs vers les dispositifs précarité, voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au CSS (plateforme téléphonique puis si possible standard du CSS ou responsable AME) pour identifier la nature du blocage et informer de la demande.

En cas de refus persistant, contacter le chef de centre (CSS), et si besoin la hiérarchie de la caisse (CPAM), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.

Les interlocuteurs des CPAM méconnaissent souvent la procédure d'instruction prioritaire. Il faut rappeler les éléments suivants :

- cette procédure est prévue dans le cadre de la circulaire ministérielle du 27 septembre 2005 ;
- pour les personnes ayant déjà ouvert des droits à l'assurance maladie, la demande « d'instruction prioritaire » suppose le traitement simultané par la caisse primaire du maintien des droits à l'assurance maladie et l'instruction des droits à l'AME limitée à la part complémentaire : voir circulaire AME du 27 septembre 2005 (point 3) et circulaire CMU du 3 mai 2000 (§ C. I- a) et le chapitre « maintien des droits » (voir page 207) ;
- l'instruction prioritaire n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à éviter l'hospitalisation en urgence, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

DÉLAI D'OBTENTION EN PROCÉDURE NORMALE

L'admission en procédure normale n'est soumise à aucun délai contraignant. L'absence de réponse de l'administration pendant 2 mois à compter de la demande doit être considérée comme une décision implicite de rejet, cette disposition du droit administratif étant de peu de portée si la demande n'a pas donné lieu à un récépissé. S'il n'est pas le service instructeur, l'organisme qui reçoit la demande (CCAS, service social de secteur) dispose d'un délai de 8 jours pour la transmettre à la CPAM qui en assure l'instruction par délégation de l'État (art. L252-1 2° alinéa du CASF).

DATE D'OUVERTURE DES DROITS, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

Date d'entrée en France et date de dépôt de la demande. Il est possible (selon la circulaire du 27 septembre 2005 - point 3.1) de déposer sa demande d'AME par anticipation, pendant les 3 premiers mois de présence en France, les droits n'étant ouverts qu'à compter du 1^{er} jour du 4^e mois (sous réserve que les conditions générales d'admission soient par ailleurs remplies).

Les droits sont ouverts à compter de la date de demande même si la notification est remise ultérieurement au demandeur (art. 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

Rétroactivité maximum : 1 mois. Attention : ces délais ont été réduits par décret en juillet 2005 (anciennement : 4 mois). Le demandeur dispose d'un délai de 1 mois pour déposer sa demande conformément aux dispositions de l'article 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié. Le délai court à compter de la date de délivrance des premiers soins.

La rétroactivité est possible pour les soins en ville (nouveau règlementaire de juillet 2005) **et en établissement de santé** (art. 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié). Les CPAM sont invitées par circulaire (27 septembre 2005 - point 3.1) à faire systématiquement usage de la rétroactivité lorsque des soins ont été prodigués avant l'ouverture des droits.

Facture de l'hôpital. Dès réception de la facture concernant les frais hospitaliers, il faut prendre contact avec le service des frais de séjour ou le service social de l'établissement pour mettre en route une demande d'AME rétroactive. Attention : en cas de versement d'argent préalablement aux soins, l'article L253-2 du CASF a prévu que : « *Lorsqu'une provision a été versée à un établissement de santé pour couvrir des frais de soins et de séjour ou qu'un engagement de versement a été souscrit, la partie des frais correspondant à la provision ou à l'engagement reste à la charge des bénéficiaires.* »

Convocation par les services instructeurs. Attention : il est fréquent que les personnes soient invitées (après la sortie de l'hôpital), par courrier, à se rendre au bureau des frais de séjour de l'hôpital, ou au bureau de sécurité sociale ou au CCAS pour fournir les documents permettant d'établir la prise en charge de la facture par l'AME. Cependant, les intéressés interprètent fréquemment à tort ce type de courrier comme une invitation « à régler la facture au guichet », et ne se présentent pas. Il faut expliquer attentivement la nécessité de fournir très rapidement les justificatifs demandés et de répondre à un éventuel courrier de ce type.

DURÉE DE LA PROTECTION ET PASSAGE VERS L'ASSURANCE MALADIE

L'article L252-3, 2^e alinéa du CASF précise « cette admission est accordée pour une période de un an » (et circulaire du 27 septembre 2005 point 3). Il n'y a pas de maintien des droits au delà de la période de 1 an. Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire lui-même la demande. Il est prudent d'engager le renouvellement 2 mois avant l'expiration des droits, compte tenu de l'allongement des délais de traitement dans certaines caisses.

Dès que le bénéficiaire (et éventuellement ses ayants droit) vient à remplir la condition de régularité du séjour pour accéder à l'assurance maladie (augmentée de la complémentaire CMU), une demande doit être déposée en ce sens sans attendre l'expiration des droits AME en cours (circulaire du 27 septembre 2005 point 3).

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE VITALE

L'AME fonctionne comme un « 100 % sécurité sociale ». Il y a donc prise en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait journalier sur la base des tarifs de l'assurance maladie. En revanche, les frais de prothèses et dispositifs médicaux à usage individuel étant pris en charge dans la limite du tarif sécurité sociale, cela interdit concrètement l'accès aux prothèses (notamment dentaires) et à l'optique. La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral » est un droit automatique pour tous les bénéficiaires, qui n'ont donc pas à déboursier d'argent.

Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent pas obtenir de carte Vitale, mais seulement une notification papier.

La notification papier doit être remise en main propre au bénéficiaire (art. 2 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005) et comporter la photographie de chacun des bénéficiaires (art. 3 du même décret).

ATTENTION !

L'instauration d'un ticket modérateur a été votée en décembre 2002 mais n'est pas appliquée début 2007.

Il convient cependant de surveiller l'évolution de la réglementation.

CODES « RÉGIMES » UTILISÉS PAR LES CSS POUVANT CONCERNER LES ÉTRANGERS

Source : CPAM du Val-de-Marne 2003

095	AME	
090	Bénéficiaire d'une allocation de chômage	
801	Régime de résidence avec cotisation	Assurance maladie
802	Régime de résidence sans cotisation	
803	Régime de résidence sans cotisation, provisoire 3 mois renouvelables	

VENIR SE SOIGNER EN FRANCE

Quel qu'en soit le motif, l'entrée sur le territoire français est soumise à une obligation de « visa » (sauf nationalités dispensées). Le visa « pour raison médicale » ou « sanitaire » est un visa spécialement prévu pour se soigner en France mais pour des soins à durée limitée. L'obtention d'un tel visa nécessite un paiement à l'avance des soins (donc un « devis » et la preuve du paiement d'avance). Avec ou sans obligation de visa, le paiement des soins ne peut généralement pas être pris en charge par un système français de protection maladie. Il est possible de demander une prise en charge financière humanitaire auprès du ministre chargé de l'Action sociale.

Pour les personnes résidant en France **VOIR** *Accès aux soins, accès aux droits* page 170

ATTENTION !

Ce chapitre ne concerne pas les étrangers d'une nationalité de l'Espace économique européen, ni les nationalités qui sont également dispensées de visa (voir infra).

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le droit français en la matière est encadré par :

- d'une part la législation sur les visas d'entrée en France ;
- d'autre part la législation sur les régimes français de protection maladie.

La combinaison de ces dispositions législatives et réglementaires, empêche, de fait, la venue en France des étrangers soit :

- dont l'état de santé nécessite des soins de longue durée : le visa d'entrée en France est limité dans le temps et vise des soins ponctuels ;
- dont les capacités de paiement sont insuffisantes : obligation de paiement d'avance ou de prise en charge par un tiers. L'arrivée sur le territoire français pour y recevoir des soins ne permet pas d'être éligible à une protection sociale française.

Le système français du visa « pour soins médicaux » concerne donc un étranger nécessitant une intervention technique ponctuelle généralement à l'hôpital, même de très haut niveau (sauf greffe), dès lors qu'il peut payer les soins d'avance ou justifier d'une prise en charge. La question principale réside donc dans le mode de financement des soins qui conditionne la délivrance du visa.

CONDITION POUR VENIR EN FRANCE : L'OBLIGATION D'OBTENIR UN VISA D'ENTRÉE

Tout étranger qui souhaite venir en France, quel que soit le motif (médical ou non), doit demander une autorisation préalable d'entrée appelée « visa consulaire ». Ce visa doit être sollicité avant le départ auprès des services consulaires français. Remarque : seules quelques nationalités sont dispensées d'une telle formalité (voir liste selon nationalité et pays de résidence sur le site du ministère des Affaires étrangères www.diplomatie.gouv.fr/venir/visas/index.html).

Un visa n'est pas un titre de séjour et n'ouvre pas de droit à la protection sociale française. Un visa n'est qu'une autorisation d'entrée en France (assortie du droit d'y séjourner pour une courte durée), et n'est donc pas un droit à « vivre » en France.

LE VISA POUR RECEVOIR DES SOINS MÉDICAUX EN FRANCE

Il existe un visa spécialement conçu pour un séjour en France en vue d'y recevoir des soins. Comme tout visa de court séjour (maximum 90 jours), il a pour but un séjour temporaire, ce qui pose un problème pour les malades nécessitant des soins au long cours. Il est par ailleurs conçu dans le but d'une hospitalisation en France.

Les conditions suivantes sont appréciées par le ministère des Affaires étrangères :

- l'attestation par les autorités médicales locales que les soins ne peuvent pas être délivrés dans le pays ;
- l'obligation d'un accord préalable par un « établissement » de soins français ;
- l'obligation d'un devis prévisionnel des frais d'hospitalisation ;
- l'obligation d'attester du paiement des soins :
 - soit préalable à la venue en France ;
 - soit par engagement écrit d'un tiers.

Théoriquement obligatoire, l'assurance médicale n'est pas demandée dans la pratique. Aucun texte réglementaire ne dispense explicitement le bénéficiaire d'un visa médical de l'obligation d'assurance prévue pour les étrangers qui sollicitent leur entrée en France, assurance couvrant « la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'il pourrait engager en France, ainsi qu'aux garanties de son rapatriement ; » (art. L211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). Cependant, ce document n'est pas demandé par le consulat pour constituer le dossier de demande de visa médical, compte tenu du fait que les frais de santé sont supposés être déjà pris en charge financièrement.

POUR EN SAVOIR PLUS

- *Étude au Dictionnaire permanent du droit des étrangers, Éditions Législatives*
- *Les visas, cahier juridique du Gisti, septembre 2006*

CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

Article R212-2

En application de l'article L. 211-10, peuvent être dispensés de présenter l'attestation d'accueil définie à l'article R. 211-11, outre les étrangers appartenant à l'une des catégories visées à l'article R. 212-1, les étrangers entrant dans les cas suivants :

- 1° l'étranger dont le séjour revêt un caractère humanitaire ou s'inscrit dans le cadre d'un échange culturel ;
- 2° l'étranger qui se rend en France pour un séjour justifié par une cause médicale urgente le concernant ou en raison de la maladie grave d'un proche ;
- 3° l'étranger qui se rend en France pour assister aux obsèques d'un proche.

CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

Article R212-4

Dans les cas prévus au 2° de l'article R. 212-2, un rapport médical attestant d'une cause médicale urgente concernant l'étranger qui souhaite se rendre en France ou attestant de la maladie grave d'un proche présent sur le sol français est adressé sous pli confidentiel par le médecin traitant au médecin responsable du centre médico-social auprès de l'ambassade de France dans le pays où réside l'étranger ou, à défaut, à un médecin de ce pays désigné à cet effet par les autorités diplomatiques ou consulaires françaises.

La cause médicale urgente s'entend d'un état de santé nécessitant une prise en charge médicale rapide dont le défaut pourrait entraîner pour l'étranger des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans son pays de résidence.

La maladie grave d'un proche s'entend d'une ou plusieurs pathologies pour lesquelles le patient est hospitalisé en France et qui nécessitent la présence d'un proche à son chevet.

Le médecin destinataire du rapport médical communique sans délai son avis motivé aux autorités diplomatiques ou consulaires qui décident de la suite à donner à la demande de dispense d'attestation d'accueil pour raisons médicales.

Il n'y a pas d'obligation d'attestation d'accueil. Les demandeurs de visa médical sont dispensés de produire l'attestation d'accueil exigée pour justifier de leur hébergement chez un particulier (sauf si un hébergement hors hôpital est prévu). En effet, l'article R212-2 2° du Ceseda, prévoit de dispenser d'attestation d'accueil « l'étranger qui se rend en France pour un séjour justifié par une cause médicale urgente le concernant ou en raison de la maladie grave d'un proche ».

Autres pièces à fournir :

- formulaire de demande de visa médical ;
- passeport en cours de validité ;
- justificatif d'hébergement en France pour la période hors hospitalisation (éventuellement - voir point précédent).

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

La délivrance du visa repose sur le principe que l'étranger peut justifier d'une garantie de paiement. Par ailleurs, le système français de protection sociale prévoit l'exclusion de toutes les personnes de passage tant de l'assurance maladie que de l'aide médicale État ou du dispositif « soins urgents et vitaux » (voir rappel ci-dessous).

Le paiement des soins peut être effectué par :

- l'intéressé lui-même ou sa famille (hypothèse très théorique pour la plupart des ressortissants des pays du Sud vu les différentiels de niveaux de vie) ;
- un tiers : un mécène, une assurance de service public ou privée (attention : il faut toujours un accord préalable de l'assureur appelé « entente préalable ») ;
- un régime français de protection maladie (hypothèse rarissime voir *infra*) ou par le gouvernement français au titre de l'aide médicale État sur décision du ministre.

RAPPEL SUR L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE PROTECTION MALADIE (VOIR PAGE 189)

Le système français de protection maladie prévoit la prise en charge des personnes « vivant » en France et exclut les personnes de passage. Il est donc en principe impossible que la personne venant en France spécifiquement pour y recevoir des soins puisse être prise en charge par un dispositif français de droit commun (assurance maladie et aide médicale État).

Pour l'étranger n'ayant jamais vécu en France et venant y recevoir des soins, l'accès à l'assurance maladie est exclu (art. L380-3 du CSS), de même que l'accès à l'Aide médicale État

(AME). En effet, l'AME est soumise à une condition d'ancienneté de présence en France minimum de 3 mois et à une condition de « résidence » en France (au sens de l'art. L111-1 du Code de l'action sociale et des familles). Si la personne venait à résider en France, l'AME n'aurait pas d'effet rétroactif et ne couvrirait pas les frais avancés comme « provision ».

L'accès à l'assurance maladie d'une personne vivant à l'étranger et ayant de la famille en France. La personne malade ne pourrait pas être ayant droit d'un membre de sa famille lui-même assuré social en France, du fait de la double obligation pour l'ayant droit d'être à la « charge effective et permanente de l'assuré » (ce qui exclut les personnes de passage) et, pour l'ayant droit majeur, de disposer d'un titre de séjour (liste à l'art. D161-15 du CSS) (voir page 201).

Les étrangers sous visa médical sont exclus du financement au titre des « soins urgents et vitaux » (voir page 184).

Financement des soins par le gouvernement français à titre humanitaire. Toute personne peut faire une demande de prise en charge au titre de l'aide médicale État sur décision du ministre (art. L251-1 2° alinéa CASF, voir page 222).

Pour une personne ayant déjà séjourné et/ou travaillé en France dans le passé, deux vérifications doivent être opérées avant de considérer que cette personnes n'est plus bénéficiaire de l'assurance maladie en France :

- d'abord, vérifier si la personne ne bénéficie pas d'un maintien des droits à l'assurance maladie « française », disposition non soumise à la possession d'un titre de séjour en France. Cette disposition ne concerne que des personnes ayant été assurées sociales sur le territoire français et reparties au pays depuis moins de 1 an (ne couvre pas la « part complémentaire » ni le forfait hospitalier journalier) ;
- sinon, il convient de vérifier si la personne ne peut pas se prévaloir d'une convention bilatérale de sécurité sociale signée entre son pays et la France. Cependant, la plupart de ces conventions ne prévoient pas de droit à une prise en charge en cas de séjour en France, mais seulement la totalisation des différentes périodes d'assurance au cours de la vie professionnelle de l'intéressé afin de lui permettre de toucher les prestations au taux maximum dans son pays d'origine (voir Cleiss ci-contre).

Si la personne est assurée sociale dans son pays d'origine, elle peut demander à sa caisse la prise en charge des soins en France sous réserve d'une « entente préalable » souvent très difficile à obtenir du fait de l'importance des sommes engagées au regard des taux de change des monnaies.

POUR EN SAVOIR PLUS

*Cleiss (Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale),
11 rue de la Tour-des-Dames,
75436 PARIS Cedex 9,
T : 01 45 26 33 41,
www.cleiss.fr*

Les retraités étrangers résidant à l'étranger et bénéficiaires d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse. Dans la plupart des cas, bien que touchant une retraite « française », ces personnes ne sont plus bénéficiaires de l'assurance maladie en France. Il convient de procéder aux mêmes vérifications qu'au point précédent et notamment étudier ce que prévoit une éventuelle convention bilatérale de sécurité sociale (dans le chapitre assurance maladie et le chapitre assurance vieillesse de ladite convention).

Remarque sur la carte de « séjour retraité » : l'étranger titulaire d'une carte de séjour mention « retraité » (prévue par l'art. L317-1 du Ceseda) bénéficie du droit de séjourner en France (par période maximum de 1 an) mais son accès à l'assurance maladie est limité aux seules maladies inopinées ce qui exclut tout projet de soins programmés.

TITRE DE SÉJOUR

Dans le cadre d'une entrée en France pour motif médical, l'autorisation de séjour est matérialisée par le visa prévu pour la durée des soins. Il n'y a donc pas de titre de séjour à demander en préfecture. Si les soins doivent être prolongés au-delà du séjour initialement prévu et donc au-delà de la durée de validité du visa, il faut demander sa prolongation en s'adressant à la préfecture de son lieu de domicile (ou de son lieu d'hospitalisation). À l'inverse, il n'est pas prévu d'articulation avec la réglementation sur le titre de séjour pour raison médicale (art. L.313-11 11° du Ceseda) lequel concerne les étrangers « résidant habituellement en France » et non les étrangers de passage.

Pour les personnes malades dont le retour au pays d'origine pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, le séjour en France pourrait être prolongé sous forme d'une « autorisation provisoire de séjour » sans droit au travail (prévue par l'art. R313-22 du Ceseda) au terme d'une procédure d'examen de la demande sous contrôle du médecin inspecteur de santé publique de la Ddass du département de résidence ou d'hospitalisation (voir *Droit au séjour pour raison médicale* page 93).

Les ressortissants algériens ne bénéficient pas de conditions de séjour plus favorables. En effet, depuis la modification en juillet 2001 de l'accord franco-algérien sur les titres de séjour, les Algériens venant en France pour y recevoir des soins « *peuvent se voir délivrer une autorisation provisoire de séjour* », ce qui est donc équivalent aux dispositions prévues pour les autres nationalités (hors Union européenne).