

2 0 2 1

Santé Info Droits PRATIQUE

C.4

SÉCURITÉ SOCIALE

L'ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La réforme de l'immigration du 24 août 1993, a conditionné le droit à la protection sociale des étrangers à la régularité du séjour sur le territoire français. Les étrangers en séjour irrégulier ont alors perdu la quasi-totalité des droits sociaux. Suite à l'introduction de la CMU en 2000, les personnes démunies ont été intégrées à l'assurance maladie sur critère de séjour régulier pour les personnes de nationalité étrangère. Les conditions d'affiliation actuelles telles que résultant de la loi instaurant la protection maladie universelle du 1^{er} janvier 2016 reposent sur le même principe.

L'aide médicale d'Etat, quant à elle, couvre désormais les étrangers à faibles ressources sans titre de séjour. Il s'agit cependant d'une aide sociale subsidiaire, il convient donc de vérifier l'existence éventuelle de droits à l'Assurance maladie. Le financement de l'AME relève de l'Etat, et non de la Sécurité sociale. Les caisses primaires d'Assurance maladie n'en sont que les gestionnaires. Fin 2019, on recensait 335 000 bénéficiaires de l'AME.

Cette présente fiche a vocation à explorer les différentes possibilités, pour un étranger, quel que soit son statut administratif, de bénéficier, sur le territoire français, d'un accès aux soins qui lui sont médicalement nécessaires.

COMMENT ÇA MARCHE ?

DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE : LES EXCEPTIONS AU PRINCIPE DE RÉGULARITÉ DU SÉJOUR EN FRANCE

Dans des situations particulières visées expressément par les textes, le régime de droit commun s'applique aux étrangers dans l'impossibilité de pouvoir justifier d'un des titres de séjour requis. L'ouverture des droits à l'Assurance maladie (A) et à la protection des accidents du travail (B) ne dépendent donc pas, dans les cas exposés ci-dessous, de la régularité du séjour en France.



A/ Les droits à l'Assurance maladie

- **La prolongation des droits à l'Assurance maladie** (article L160-1 du Code de la Sécurité sociale - CSS)

La prolongation des droits permet aux assurés ne remplissant plus la condition de régularité de séjour de continuer à bénéficier des droits à l'assurance maladie. Sauf exception, ces droits ne peuvent être fermés avant un délai de 6 mois à compter de l'expiration du document justifiant de la régularité du séjour (R111-4 du CSS).

Les mêmes règles sont applicables pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (fusion des anciennes CMU-C et ACS).

- **Les détenus** (article L381-30 du CSS)

Les étrangers en situation irrégulière incarcérés sont couverts par l'Assurance maladie à compter de la date leur mise sous écrou.

- **Les mineurs étrangers à la charge d'un assuré social** (enfants recueillis aux termes de l'article L160-2 du CSS)

Un mineur étranger vivant en France peut être considéré comme ayant droit d'un assuré social dès lors que la preuve est apportée du fait qu'il est à la charge totale, effective et permanente de celui-ci. Une attestation sur l'honneur suffit. En revanche, un mineur isolé ne peut pas bénéficier de l'Assurance maladie tant qu'il ne relève pas de la protection de l'Aide sociale à l'enfance.

- **Les exceptions liées aux conventions internationales de Sécurité sociale**

Certaines conventions internationales permettent une articulation des régimes de Sécurité sociale pour les ressortissants visés. Ne pas hésiter à se rapprocher du [Centre de liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale \(CLEISS\)](#) répertorie toutes les conventions internationales applicables : les règlements de l'Union européenne, la convention 118 de l'Organisation internationale du travail et les conventions bilatérales notamment.

- **Les assurés sociaux d'un Etat membre de l'Union européenne :**

Les inactifs qui viennent séjourner en France pendant moins de trois mois bénéficient d'une prise en charge de leurs soins grâce à l'application de règlements européens. Les conditions d'application peuvent se trouver améliorées par l'utilisation de la Carte européenne d'Assurance maladie (cf. [Fiche Santé Info Droits pratique C.9.5.1](#)).

Au-delà de 3 mois de résidence sur le territoire, s'ils sont en situation irrégulière, les ressortissants de l'Union Européenne sont alors éligibles à l'Aide médicale d'Etat.

B/ La protection « accident du travail »

Lorsqu'un étranger salarié et en situation irrégulière subit un accident par le fait ou à l'occasion de son travail, il peut

obtenir une prise en charge au titre de l'assurance « accident du travail/maladie professionnelle » de la Sécurité sociale. Elle inclut le remboursement des soins, les indemnités journalières, en cas d'arrêt de travail, et, en cas de dommage persistant, le cas échéant, une rente ou un capital.

Attention ! **Seuls** les soins en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle sont alors pris en charge par la Sécurité sociale.

C'est à l'employeur de déclarer l'accident, dans les quarante-huit heures, à la Caisse primaire d'Assurance maladie. Si cette déclaration n'est pas effectuée (souvent en raison de l'irrégularité du séjour et donc du travail de l'employé), la victime (ou ses ayants droit) dispose d'un délai de deux ans à compter de la date de l'accident pour procéder elle-même à son signalement à la Sécurité sociale.

Ni la qualité d'étranger, ni le fait d'être dépourvu d'autorisation de séjour et/ou de travail ne font obstacle à la mise en œuvre de l'assurance « accident du travail – maladie professionnelle » par la Sécurité sociale (aux termes de l'article L111-1 du Code de la Sécurité sociale, la condition de régularité du séjour n'est exigée que pour couvertures des charges maladie, maternité, paternité et famille). Le seul critère d'application de ce régime est que l'accident soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise (article L411-1 du Code de la Sécurité sociale).

Il est à noter qu'en cas de travail illégal (travail sans autorisation ou sans déclaration), seul l'employeur peut être mis en cause (article L8251-1 et suivants du Code du travail) : en plus d'être responsable pénalement et civilement de cette infraction, il est tenu au remboursement intégral tant des soins que des indemnités journalières et le cas échéant de la rente ou du capital versés par la Sécurité sociale (articles L374-1 et L471-1 alinéa 3 du CSS).

Par ailleurs, un accident du travail ou une maladie professionnelle entraînant un taux d'incapacité permanente partielle égal ou supérieur à 20% peut ouvrir droit à une régularisation du séjour de la victime (article L313-11 9° du Code de l'Entrée et du Séjour des étrangers et du Droit d'asile). En revanche, avant la consolidation de l'état de santé par la Sécurité sociale et donc l'attribution de la rente, la protection de la victime contre l'éloignement du territoire n'est pas assurée.

Les ayants droit d'un étranger, bénéficiaires d'une rente de décès pour accident du travail ou maladie professionnelle, disposent des mêmes droits que la victime directe.

Plus d'informations sur les droits des victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle au sein de la [Fiche Santé Info Droits pratique D.4](#).

L'AME est un dispositif qui permet aux étrangers en situation irrégulière, au regard du droit au séjour sur le territoire, d'accéder à une prise en charge de leurs soins de santé. Les dispositifs divergent selon que la personne réside de façon stable ou non.

A/ L'Aide médicale de droit commun

1. Conditions d'attribution

L'AME est accessible aux personnes étrangères en situation irrégulière au regard du droit au séjour et qui n'aurait initié aucune démarche auprès de la Préfecture pour obtenir un des documents de séjour définis par l'arrêté du 10 mai 2017. Dans le cas contraire, elles relèveraient de l'affiliation à l'assurance maladie (voir sur cette question [la Fiche Santé Info Droits pratique C.1](#)).

Le demandeur doit pouvoir justifier des éléments suivants :

- son identité et celle de ses ayants droit :

Parmi les ayants droit possibles : le conjoint, le partenaire de PACS, le concubin, les enfants du demandeur, jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études ou sont en situation de handicap, et ainsi toute personne (mais une seule par demandeur se trouvant à sa charge effective, totale et permanente depuis plus de 12 mois attestation sur l'honneur annuelle – art. R251-2 du Code de l'Action sociale et des familles - CASF).

- ses ressources :

Le plafond de ressources à ne pas dépasser pour l'octroi de l'AME est identique à celui pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire sans contribution financière (ex CMU-C), soit 754 € par mois pour une personne seule en 2021. Les ressources prises en compte sont celles de toute nature qui ont été effectivement perçues par toutes les personnes composant le foyer pendant les 12 mois qui précèdent la demande, imposables ou non. Plus de détails dans [la Fiche Santé Info Droits pratique C.2.2 sur la Complémentaire santé solidaire](#).

Attention ! Lorsqu'un demandeur d'AME a pour conjoint, partenaire de PACS ou concubin, **une personne en situation régulière**, les ressources de cette dernière ne sont pas prises en compte pour l'admission à l'AME (Circulaire DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer).

A défaut de justificatif officiel des revenus, le demandeur peut produire un document explicatif récapitulant ses conditions de vie depuis les douze derniers mois.

- la liste de ses obligés alimentaires (parents proches ne vivant pas sous le toit du demandeur : conjoint séparé, pacsé, enfants, ascendants...) car les prestations de l'AME peuvent être recouvrées auprès d'eux.
- sa résidence en France en situation irrégulière depuis plus de 3 mois consécutifs :

La résidence doit présenter un minimum de stabilité et

ne doit pas être occasionnelle (Avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981). La preuve de cet élément peut se faire par tout moyen : une quittance de loyer, une facture de gaz ou d'électricité du demandeur ou de l'hébergeant, une attestation d'un professionnel de santé, d'une association ou d'un centre d'hébergement. Cette condition de trois mois ne peut être opposée aux enfants mineurs qui accèdent sans délai à l'AME (Circulaire DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011).

La condition de stabilité de résidence est désormais vérifiée tout au long de la période d'ouverture de droits pour le service des prestations. Sont ainsi exclues de l'AME les personnes de passage en France sans projet d'installation.

2. La procédure

Par délégation de l'Etat, ce sont les caisses de Sécurité sociale (CPAM et CGSS) qui sont chargées d'instruire la demande d'AME et qui décident de son attribution.

Dépôt de la demande

La demande d'AME doit être déposée, par le demandeur lui-même (sauf mineur isolé, personne majeure protégée ou à mobilité réduite) ou un membre de son foyer, par l'intermédiaire du [formulaire Cerfa N° 11573*06](#) auprès d'un organisme d'Assurance maladie, maison de services au public, un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé, si la personne y est accueillie mais aussi, sous certaines strictes conditions, auprès de centres de santé, maisons de santé et associations loi 1901. Le dossier doit ensuite être déposé par ces organismes dans un délai de 8 jours à la Caisse.

Instruction de la demande

Lorsqu'un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) et faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation, est joint à la demande d'AME, le dossier doit être instruit en priorité (Circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-4 07 du 27 septembre 2005).

En cas d'accord, il est délivré une **carte d'admission à l'AME** qui peut être **individuelle** pour les bénéficiaires de plus de 16 ans et **familiale** pour les bénéficiaires ayant à leur charge des personnes de moins de 16 ans (sur les caractéristiques de la carte, cf. Arrêté du 10 juillet 2009 relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat). En cas de silence de la caisse, deux mois après la demande, celle-ci est considérée comme un refus.

Date d'ouverture des droits et rétroactivité

Les droits à la protection sociale sont ouverts, **pour une durée d'une année**, à compter de la date de la demande même si la notification est remise ultérieurement au demandeur et même si le dossier déposé est incomplet.

Si la date de délivrance des soins est antérieure à la date du dépôt de la demande, ces soins peuvent être pris en charge dès lors que, à la date à laquelle ils ont été délivrés, le demandeur résidait en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et que sa demande d'admission a été déposée

avant l'expiration d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la délivrance des soins.

Renouvellement

La demande de renouvellement doit être faite dans un délai de 2 mois avant l'expiration du droit à l'AME.

En cas de litige, les recours contentieux de l'Aide médicale d'Etat se font devant les juridictions administratives après un recours préalable devant l'autorité auteure de la décision. Les voies et délais de recours sont en général indiqués sur la décision notifiée.

Plus d'informations sur le contentieux de l'aide sociale dans la [Fiche Santé Info Droits pratique C.3](#).

3. Le panier de soins

Aux termes de l'article L251-2 du CASF, la prise en charge au titre de l'AME couvre :

- les frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, les frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que les frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- les frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de Sécurité sociale ;
- les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
- les frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive (dépistage et vaccination) ;
- les frais d'examens de la femme et de l'enfant et tous les frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- le forfait journalier hospitalier, le forfait sur les actes et coûteux, la participation forfaitaire de 1€ ainsi que la franchise.

Sauf s'ils concernent un mineur, certains de ces soins, programmés, ne sont pris en charge qu'après 9 mois d'ancienneté à compter de la première demande d'AME (art. R251-3 et R251-4 du CASF).

Une procédure dérogatoire d'accord préalable peut être mise en œuvre par le professionnel de santé si l'absence du soin concerné entraînerait des conséquences vitales ou graves sur l'état de santé du demandeur (art. R251-5 du CASF).

Sont, par ailleurs, spécifiquement exclus du panier de soins des bénéficiaires de l'AME :

- les cures thermales, la procréation médicalement assistée (PMA) ;

- les médicaments dont le service médical rendu (SMR) est considéré comme faible ;
- des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés ;
- les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire des enfants.

Les frais sont pris en charge à 100% du tarif Sécurité sociale c'est-à-dire sans ticket modérateur à la charge de l'usager.

Dans ce contexte, les frais d'optique ou de prothèses dentaires, par exemple, sont pris en charge mais à un niveau ne permettant que très faiblement d'offrir un équipement effectif. Cela signifie également que les dépassements d'honoraires, éventuellement pratiqués par certains professionnels de santé ne sont pas pris en charge par l'AME.

4. Droits connexes

- Les bénéficiaires de l'AME bénéficient de la dispense d'avance de frais (tiers-payant) chez tous les professionnels de santé conventionnés avec l'Assurance maladie, sur présentation du carte d'admission à l'AME ;
- Ils peuvent contester tout refus de soins, directs ou indirects, qui leur seraient opposés en raison de leur protection sociale (voir les Fiches *Santé Info Droits* pratique [A.10](#) et [A.10.1](#)).

Contrairement à tous les assurés sociaux, les bénéficiaires de l'AME n'ont pas accès aux dispositifs suivants :

- carte Vitale ;
- fonds d'action sanitaire et sociale des caisses de Sécurité sociale ;
- tarif de solidarité sur le gaz ou l'électricité ;
- examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale ;
- soins hors nomenclature ;
- hôpitaux militaires.

B/ Aide médicale d'Etat sur décision du ministre

Prévue à l'article L251-1, alinéa 2 du Code de l'Action sociale et des Familles, et souvent appelée « aide médicale à titre humanitaire », elle est destinée aux personnes qui sont présentes sur le territoire français sans y résider, mais dont l'état de santé justifie la prise en charge des soins.

La demande doit être adressée soit au Directeur de l'Agence régionale de santé, soit au Ministre chargé de l'action sociale qui seul prend la décision.

De même, toute personne placée en garde à vue (article L251-1 alinéa 3 du même code) ou en rétention administrative peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'AME.

En cas d'accord, la prise en charge des frais de santé peut être totale ou partielle.

En cas de rejet explicite ou implicite (sans réponse sous deux mois), un recours peut être formé devant le Tribunal administratif de Paris.

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS ET VITAUX

L'article L254-1 du Code de l'Action sociale et des familles prévoit la prise en charge 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 et qui sont dispensés par les établissements de santé** ».

Sont visées ici les personnes étrangères qui ne remplissent pas la condition de régularité de séjour et qui :

- Résident sur le territoire français depuis moins de 3 mois ;
- Ou dépassent le seuil de ressources fixés pour l'AME ;
- Ou n'ont pas encore fait la demande d'AME, est en cours d'instruction ou a fait l'objet d'un rejet.

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 d'Etat apporte des précisions notamment sur la définition des soins urgents.

A titre d'exemples, doivent être ainsi considérés comme urgents et vitaux les soins destinés :

- A 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) ;
- Aux enfants et adolescents, qui ne sont pas bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat ;

- À la femme enceinte et au nouveau-né ;
- Aux interruptions de grossesse pour motif médical ou volontaires.

Pour les dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME lors de la facturation à la Caisse de Sécurité sociale compétente, sauf pour les demandeurs d'asile qui ne relèveraient pas encore de la Sécurité sociale, pour lesquels l'établissement doit joindre la copie de la demande d'asile. Il ne doit imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui relèvent de cette catégorie et pour lesquels la demande d'AME a été rejetée. Cette mesure permet à la Caisse de vérifier que le patient ne bénéficie pas de droits ouverts au titre d'un autre dispositif.

Enfin, en cas de blocage pour l'accès à ces dispositifs de prise en charge, la délivrance de premiers soins gratuits doit être possible auprès des **permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** des hôpitaux publics : il s'agit de dispositifs de prise en charge médico-sociale destinés à des personnes en situation de précarité sociale ne bénéficiant généralement d'aucune couverture sociale connue.

Pour plus d'informations, consulter la [Fiche Santé Info Droits pratique A.20 – Les dispositifs de lutte contre le non-recours aux soins de santé](#).

POINT DE VUE

L'égalité d'accès aux soins de tous les résidents du territoire français, quel que soit leur nationalité ou leur statut administratif, constitue un sujet de préoccupation historique de France Assos Santé.

C'est pourquoi nous préconisons avec d'autres associations (Médecins du Monde, UNIOPSS, Fédération des acteurs de la

solidarité, ODSE) d'[intégrer l'Aide médicale d'Etat dans le régime général de la Sécurité sociale](#) pour des enjeux de santé publique, de simplification administrative à l'égard des professionnels de santé notamment, de lutte contre la pauvreté mais aussi des enjeux économiques et politiques.



UNE QUESTION JURIDIQUE OU SOCIALE ? LIÉE À LA SANTÉ

● ● ●

Accessible à tous sur l'ensemble du territoire, sans condition d'adhésion, pour le coût d'une communication normale

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Code de la Sécurité sociale :
 - Articles L160-1 et L60-2, L111-1, L374-1, L381-30, L411-1, L471-1
 - Articles R111-3 et R111-4
- Code de l'Action sociale et des Familles :
 - Articles L111-2, L251-1 à L254-2
 - Articles R251-1 à R252-1 et D253-1 et D253-2
- Code de l'Entrée et du Séjour des étrangers et du Droit d'asile : article L313-11 9°
- Décret n°54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance (modifié en 2005, art. 40 à 45)
- Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R111-3 du Code de la Sécurité sociale
- 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 d'Etat
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS2005/407 du 27 septembre 2005, modifiée par la Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS no 2008-04 du 7 janvier 2008
- Circulaire DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer
- Circulaire CIR/37/2020 concernant les nouvelles dispositions applicables concernant l'AME et les soins urgents
- [Instruction DSS à la CNAM du 15 janvier 2019](#) - consignes relatives à la prise charge par l'Assurance maladie et la CMU complémentaire de différentes catégories d'assurés, en raison de leur situation de précarité ou de la détention de certains documents de séjour.

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Fiches Santé Info Droits pratique :

[A.10 Refus de soins aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale d'Etat](#)

[A.10.1 Accompagnement par les associations des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'AME, victimes de refus de soins](#)

[A.20 Les dispositifs de lutte contre le non-recours aux soins de santé](#)

[C.1 L'accès à la prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie](#)

[C.2.2 La complémentaire santé solidaire](#)

[C.3 Contentieux de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale](#)

[D.4. Droits des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle](#)

Contacts utiles :

Association le COMEDE (Comité médical pour les exilés) www.comede.org

Assurance maladie www.ameli.fr

Le Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (CLEISS) : www.cleiss.fr

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !