Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
Ministère délégué à l'intégration, à l'égalité
des chances et à la lutte contre l'exclusion

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Bureaux F 4 et F3

Direction de la sécurité sociale
Bureau 2 A

Direction générale de l'action sociale
Bureau des minima sociaux
et de l'aide sociale

Le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille

La ministre déléguée à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion

à

Mesdames et messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation

Monsieur le directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Mesdames et messieurs les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud,
direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane,
direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion

Mesdames et messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information et exécution)

CIRCULAIRE N°DHOS/DSS/DGAS/2005/141 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'Etat (Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003).
Date d'application : immédiate
NOR : SANH0530112C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : Urgences

Résumé : :
La présente circulaire définit les conditions de prise en charge des soins urgents octroyés à des patients étrangers résidant en France en situation irrégulière et ne bénéficiant pas de l'AME.

Mots-clés : aide médicale de l'Etat – soins urgents – étrangers en situation irrégulièr

Textes de référence :

- Articles L. 251-1, L. 251-2, L. 253-2, L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles
- Article L. 5126-4 du code de la santé publique
- Articles L. 162-16-5, L.321-1 et L.331-2 du code de la sécurité sociale

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 modifie les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France. Elle crée une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application de cette prise en charge.

Ces soins sont pris en charge dans tous les établissements de santé publics ou privés.

I – CHAMP DES BENEFICIAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS

Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'article L. 380-1 du CSS, c'est-à-dire les étrangers en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'AME.

Cette catégorie recouvre, en pratique, les étrangers en situation irrégulière qui :

- résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour.

ou

- résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution, soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

Les ressortissants de l'Union européenne, bénéficiant d'une liberté de circulation dans les pays membres, ne peuvent connaître de situation d'irrégularité au regard de la condition de résidence. Ils bénéficient par ailleurs de modalités spécifiques de prise en charge par les régimes d'assurance maladie nationaux. Ils ne sont donc en aucun cas éligibles au dispositif des soins urgents.

Les soins urgents délivrés aux étrangers en situation irrégulière sont pris en charge par l'Etat dans le cadre d'une enveloppe financière limitative. L'attention des établissements est donc appelée sur les conditions de prise en charge des patients concernés afin que ne soient imputés sur cette enveloppe que les soins délivrés aux patients répondant aux critères définis ci-dessus. En particulier, les établissements devront s'assurer que le patient ne peut se prévaloir d'aucune autre couverture maladie et rechercher auprès de lui les informations relatives à sa situation au regard du critère de résidence.

Si le patient ne peut prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée.

Toutefois, des situations particulières peuvent se présenter : c'est le cas lorsqu'un étranger en situation irrégulière dont l'état de santé requiert des soins urgents (Cf. II -/II-1), est admis dans un établissement de santé sans qu'il soit

immédiatement possible de déterminer la durée de sa résidence en France, faute de documents en ce sens.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement concerné établit une demande d'Aide médicale de l'Etat (AME) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement. Dans l'intérêt de la personne elle-même, la délivrance de soins urgents ne doit jamais aboutir à suspendre la recherche de ses droits. Si la demande d'AME est rejetée, les soins urgents qui ont été délivrés au patient font l'objet d'une facturation au titre des soins urgents.

II – CHAMP DES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE AU TITRE DES « SOINS URGENTS »

II – 1 - La notion de soins urgents

Seuls sont pris en charge 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 de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés comme urgents 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).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

II – 2 – Les conditions de délivrance des soins

L'article L. 254-1 du CASF dispose que les personnes sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du même code. Aux termes de ce texte, sont pris en charge, les frais définis aux 1°, 2°, 4° e t 6° de l' article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale ainsi que le forfait journalier mentionné à l'article 174-4 du code la sécurité sociale. Pour l'application de ces articles, l'âge de la majorité est celui fixé par la réglementation française, c'est-à-dire 18 ans, et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine. Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais.

Toutefois, l'article L. 254-1 limitant les soins urgents à ceux qui sont dispensés dans les établissements de santé, la prise en charge ne couvre pas l'ensemble du champ des prestations prévu au 1° de l'article L. 321- 1 du CSS, et, en particulier, la délivrance des médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement.

Par dérogation, les médicaments, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocédés dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge dans le cadre des soins urgents, à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé (en externe ou en hospitalisation), y compris les antirétroviraux, si la prescription initiale est établie par un médecin de l'établissement, et qu'un praticien de cet établissement aura attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé dans l'établissement.

III - FACTURATION PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « soins urgents » sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie du lieu d'implantation des établissements.

Pour les établissements anciennement sous dotation globale mentionnés aux a), b), c) de l'article L. 162-22-6 et à l'article L.162-22-16 du code de la sécurité sociale, les prestations seront facturées sur la base des tarifs de prestations (article R. 714-3-19 du code de la santé publique) pour les soins ayant donné lieu à hospitalisation ou des tarifs de la nomenclature en vigueur pour les soins externes.

Pour les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 (Dans sa rédaction issue de la loi n°2003-1199 du 19 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) du code de la sécurité sociale, elles seront facturées sur la base des dispositions des articles R. 162-31 et R. 162-32-1 issues du décret n°2001- 356 du 23/04/01 pris en application de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 23 avril 2001.

Lors de la liquidation par la caisse, l'imputation des frais au titre de la prise en charge des soins urgents pourra faire l'objet d'un contrôle a posteriori par la caisse et, s'agissant des éléments médicaux, par les services du contrôle médical.

Les établissements de santé recevront très prochainement des instructions leur permettant de facturer les soins délivrés en 2004 au titre de ce dispositif. Les soins délivrés depuis le 1er janvier 2005 feront l'objet d'une instruction complémentaire.

Les prestations n'entrant pas dans le dispositif soins urgents (cf I et II supra) sont facturées en totalité au patient.

IV – DISPOSITIF DE SUIVI DES DEPENSES PAR LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Un dispositif de suivi des dépenses effectivement réalisées au titre du dispositif de soins urgents de l'article L. 254-1 du CASF sera mis en place et vous en serez ultérieurement informés.

* * *

Il est demandé aux directeurs d'établissements d'assurer l'information des services concernés et d'appeler l'attention des personnels médicaux sur les nouvelles modalités de prise en charge de cette catégorie de population. Des procédures internes doivent être instaurées pour permettre la vérification du caractère urgent des soins délivrés ainsi que l'évaluation quantitative (montant, nombre de personnes) et qualitative (nature des soins, mode de prise en charge) des soins délivrés à cette catégorie de population.

Les difficultés d'application de la présente circulaire pourront être signalées par courriel à l'adresse suivante : regles-financ-hosp@sante.gouv.fr.

Le ministre de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Jean-Louis BORLOO

Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille

Philippe DOUSTE-BLAZY

La ministre déléguée à l'intégration,
à l'égalité des chances
et à la lutte contre l'exclusion

Nelly OLIN