

- Aide-mémoire –

Quelle protection maladie en cas de séjour irrégulier et de ressources au-dessus des plafonds de l'Aide médicale Etat (AME) ?

Exemple : Quelle solution y a-t-il lorsqu'une ressortissante étrangère n'a plus de titre de séjour valide, en fin de droits à l'assurance maladie (et C2S) suite à l'envoi par la caisse des deux courriers de fermeture des droits, sachant que cette personne a suffisamment travaillé pour que l'AME lui soit refusée en raison de ses ressources acquises par le travail ?

PLAN

(I) [Pas de solution pour l'accès à une protection maladie](#)

- 1.1. L'exclusion de principe
- 1.2. Le droit au DSUV
- 1.3. Pour les mineurs : droit à l'AME malgré les ressources de l'ouvrant-droits
- 1.4. Absence de ressources et futur passage sous le plafond
- 1.5. Vérification affinée d'un éventuel droit à l'Assurance maladie
- 1.6. Projet de régularisation du séjour

(II) [Accès aux soins et PASS](#)

(I) [Pas de solution pour l'accès à une protection maladie](#)

- 1.1. Le système français de protection maladie exclut peu de personne, mais il en exclut.
 - Sont notamment exclu.es les travailleuses.eurs sans titre de séjour (voir Remarque 2, ci-dessous), mais plus généralement toute personne sans titre de séjour dont les ressources sur les 12 derniers mois sont supérieures au plafond.
 - L'AME est en effet, une prestation sous conditions de ressources, avec « effet de seuil » intégral (l'euro supplémentaire interdisant l'accès à la prestation).

Cette situation ne concerne pas les ressortissants UE/EEE/Suisses. En effet, l'activité professionnelle de ces personnes n'est soumise à aucune autorisation préalable de l'administration du pays de résidence (la France). L'activité professionnelle confère à ces personnes une égalité de traitement avec les nationaux, laquelle implique notamment droit au séjour légal en France, droit au travail, droits aux prestations sociales, ...

Pour en savoir plus sur le droit au séjour et aux prestations sociales des ressortissants UE/EE/Suisses :

- Page [dédiée du site de l'association Gisti](#)
- dont un [Tableau récapitulatif des situations de séjour légal](#)

- 1.2. La réponse de l'administration centrale à cette exclusion se limite à rappeler le droit au *Dispositif pour les soins urgents et vitaux* (DSUV), ce qui est une absurdité en terme de santé globale et de prévention.

Droit au DSUV si le plafond de ressources AME est dépassé :

Sources : - circulaire ministérielle du 8 septembre 2011, point I. 1-2 B. ¹

- Note d'information interministérielle n° DSS/2A/DB/2022/125 du 26 avril 2022, point 3. ²

1.3. Dans le cas d'un foyer relevant de l'AME, avec des enfants mineurs (non-rattachables à l'assurance maladie d'un autre adulte), l'AME doit être ouverte pour ces enfants mineurs, même si les ressources du foyer dépassent le plafond opposable en AME.

En d'autre terme, les enfants mineurs ne sont pas soumis à la condition de ressources en AME³.

Remarque 1 : Définition des « soins urgents »

Notez la définition large des « *soins urgents et vitaux* » :

Certains soignants et intervenants médico-sociaux (notamment au sein des hôpitaux) peuvent méconnaître la deuxième partie de la définition, laquelle inclut toute situation entraînant une "altération grave et durable de l'état de santé".

Il est donc utile de veiller à la prise en compte de cette définition élargie.

Art. L.254-1 du code de l'action sociale et des familles

"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 aux étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 ainsi qu'aux demandeurs d'asile majeurs qui ne relèvent pas du régime général d'assurance maladie sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. [...]"

¹ [Circulaire n°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](#)

Point I. 1-2. Condition de ressources

B. Personnes en situation irrégulière dont les ressources dépassent le plafond

Conformément à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'à la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005, ne pouvant bénéficier de l'AME, ces personnes doivent être prises en charge au titre du dispositif soins urgents, si leur état de santé le justifie.

² [Note d'information interministérielle n°DSS/2A/DB/2022/125 du 26 avril 2022 relative à la prise en charge des frais de santé des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français](#)

3. Modalités de prise en charge au titre des soins urgents

[...] La facturation au titre des soins urgents est conditionnée à un refus préalable d'AME motivé par le fait que la personne, bien qu'en situation irrégulière ne remplit pas les conditions de résidence irrégulière depuis 3 mois sur le sol français et/ou de ressources pour bénéficier de l'AME [Instruction N° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents].

³ [Circulaire n°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 \(statut des mineurs\)](#)

2-2. Droits des mineurs

A. Mineurs dont les parents, en situation irrégulière, ne peuvent bénéficier de l'AME

Les mineurs sont éligibles à l'AME dès leur arrivée sur le territoire, en application de la convention internationale des droits de l'enfant et ainsi que rappelé par l'arrêt du Conseil d'Etat du 7 juin 2006. Un droit à l'AME doit donc leur être ouvert immédiatement, même si leurs parents ne sont pas éligibles à l'AME, soit parce qu'ils ne remplissent pas encore la condition de résidence de plus de trois mois sur le territoire, **soit parce qu'ils disposent de ressources supérieures au plafond fixé pour le bénéfice de l'AME**. Le droit leur est accordé pour une durée d'un an, dans les conditions définies au paragraphe 2-3 « Remise du titre d'admission, délivrance du titre aux mineurs » de la circulaire DSS/2A n°2011-64 du 16 février 2011 relative aux modalités de mise en œuvre du droit de timbre annuel conditionnant l'accès à l'aide médicale de l'Etat.

Remarque 2 : Exclusion de l'Assurance maladie malgré les cotisations payées

Les travailleurs.euses en séjour irrégulier sont exclus de la « prise en charge des frais de santé » de l'Assurance maladie quand bien même elles sont en situation d'emploi déclaré, parfois avec contrat de travail en bonne et due forme et malgré le paiement des cotisations sociales (L160-1 et L111-2-3 du code de la sécurité sociale), et sont aussi exclus des Indemnités journalières en cas d'arrêt de travail (L115-6 du Code de la sécurité sociale). Le remboursement des cotisations sociales est interdit par la loi (2^{ème} alinéa de l'article L115-6 du code de la sécurité sociale).

Seul l'accident du travail échappe à cette règle tant pour la prise en charge des frais de santé que pour le paiement des indemnités journalière et de la rente.

Remarque 3 : Pour une fusion de l'AME dans l'Assurance maladie

Cette exclusion de l'AME est l'un des arguments de certaines organisations, dont le Comede, pour plaider en faveur de la fusion Assurance maladie et AME, l'assurance maladie ayant un volet « contributif » permettant d'inclure les personnes sans activité professionnelle, dépassant le plafond d'exonération de cotisations pour le rattachement sur critère de résidence stable et régulière.

Remarque 4 : Le 100% ALD ne sert à rien (dans ce cas-là)

Le bénéficiaire d'une exonération de *ticket modérateur*, dit « 100% », au titre d'une ALD (affection longue durée exonérante) est sans incidence. En effet, il se peut que la personne concernée ait été reconnue « en ALD » par sa caisse d'assurance maladie du temps où elle était titulaire d'un document de séjour légal et était assurée sociale. Cette reconnaissance s'est matérialisée par une notification indiquant des dates de validité parfois longues (par exemple : de 2021 à 2026). La reconnaissance d'une « ALD » (affection de longue durée ; par le contrôle médical de la Cnam/Cgss) constitue l'un des cas d'exonération du « ticket modérateur », c'est-à-dire un cas d'exonération du paiement par l'assuré de la part complémentaire (celle-ci étant alors prise en charge par l'assureur de base qui devient alors un assureur « à 100% du tarif sécurité sociale »). Cette exonération ne concerne donc que les personnes « assurées sociales » (c'est-à-dire ayant un droit ouvert à l'assurance maladie). Ainsi, la personne en situation d'emploi et en séjour irrégulier, n'ayant pas d'assurance maladie, n'entre pas dans le champ d'une exonération de ticket modérateur (non seulement elle doit payer le ticket modérateur, mais elle doit aussi payer la part de base. Elle doit donc payer 100% des frais).

Nota : Sur le lien contre-intuitif entre AME et reconnaissance d'une ALD par le contrôle médical des caisses d'assurance maladie, voir en ligne la note du Comede consacrée au « [Panier de soins AME](#) » : Page 13, III.3.

Nota : l'ALD n'a aucun lien avec la « Complémentaire-santé-solidaire », bien que les deux dispositifs visent à payer le ticket modérateur.

Remarque 5 : Il n'existe pas d'assurance maladie « privée », ni « mutuelle »

Il n'existe pas d'assurance maladie « privée », ni « mutuelle », assurant une personne contre le « risque maladie-maternité » au sens de la Sécurité sociale. Les assureurs privés ne proposent que des produits permettant de dégager des profits pour leur entreprise. Aux antipodes du principe fondateur de Sécurité sociale, il s'agit pour eux de corréliser le montant de la prime versée par l'assuré.e à la probabilité de survenance d'un « sinistre » répartie sur la taille de la population couverte. Les assureurs ne proposent donc que des assurances de type « accidents et maladies inopinées » (assurance visa) ou bien des produits dont la prime mensuelle se monte à plusieurs centaines voire milliers d'euros (assurance étudiant, stagiaires, ...). Il s'agit d'une sélection par le « risque » entraînant le refus de contracter avec les personnes âgées, atteintes de maladies chroniques, ...

1.4. Si la personne se retrouve privée d'emploi et/ou de ressources, elle peut calculer à quel moment elle passera sous le plafond de ressources, puisqu'il s'agit d'une étude sur une période « glissante » de 12 mois.

1.5. Vérifier (très improbable) que la personne ne soit pas, malgré tout, en « séjour régulier » au sens de l'assurance maladie, c'est-à-dire aurait une procédure en cours à la préfecture, procédure qui se serait matérialisée par une convocation, rendez-vous, ou toute attestation nominative avec n° Agdref dont les documents de séjour dits « ANEF » (voir la liste des documents de séjour permettant de tenir pour remplie la condition de séjour légal en assurance maladie de l'[Arrêté ministériel du 10 mai 2017](#)).

1.6. Il va de soi que la recherche d'une « régularisation du séjour » auprès du Préfet devient un objectif renforcé par cette exclusion des « travailleuses.eurs sans titre de séjour » de toute protection maladie.

(II) Accès aux soins et PASS

Il reste un accès possible aux dispositifs de santé publique dits « gratuits », dont les PASS (mais aussi PMI, etc...). Attention cependant avec toutes les limites des PASS, dont le risque de facturation des soins a posteriori n'est pas le moindre.

Les refus de certaines PASS de recevoir et soigner une personne au motif qu'elle est « sans droits ouvrables » à une protection maladie semblent se développer (sur la base d'un critère strictement financier, et donc sans rapport avec l'état de santé des personnes concernées). De tels refus sont sans fondement textuel, et illégaux. Ils sont en contradiction avec les objectifs mêmes d'une PASS qui a vocation à soigner les personnes dont les ressources ne permettent pas de financer les soins, prioritairement celles « sans droits ouvrables » (parfois pour de longues durées) et celles « sans droits ouverts mais ouvrables » (pour lesquelles les hôpitaux peuvent se voir rembourser a posteriori une grande partie des soins par la protection maladie du patient, sous réserve d'un suivi administratif parfois complexe : demande de protection maladie, mise en attente de la facturation contre le patient, suivi de la demande et de la décision de la caisse, réception de l'accord de la caisse, facturation auprès de la caisse).

Instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)

Annexe 1 : Les publics cibles des PASS sont des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons :

- En raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
 - Parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ;
 - Pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé.
- [...]

En principe, les personnes avec des « droits ouvrables non-ouverts » devraient pouvoir bénéficier de la procédure d'instruction prioritaire d'une demande de protection maladie, permettant d'accéder rapidement (quelques jours ?) au système de santé de droit commun sans avoir recours au « dispositif » PASS (dès 1999, l'administration centrale recommandait par voie de circulaire l'ouverture rapide des droits afin que les personnes démunies ne soient pas maintenues dans un système spécifique de soins⁴).

* *
*

⁴ Circulaire n° DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.