13.1. ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME FRANÇAIS

Publié le17 mars 2022

Catégorie: Dispositifs de protection maladie

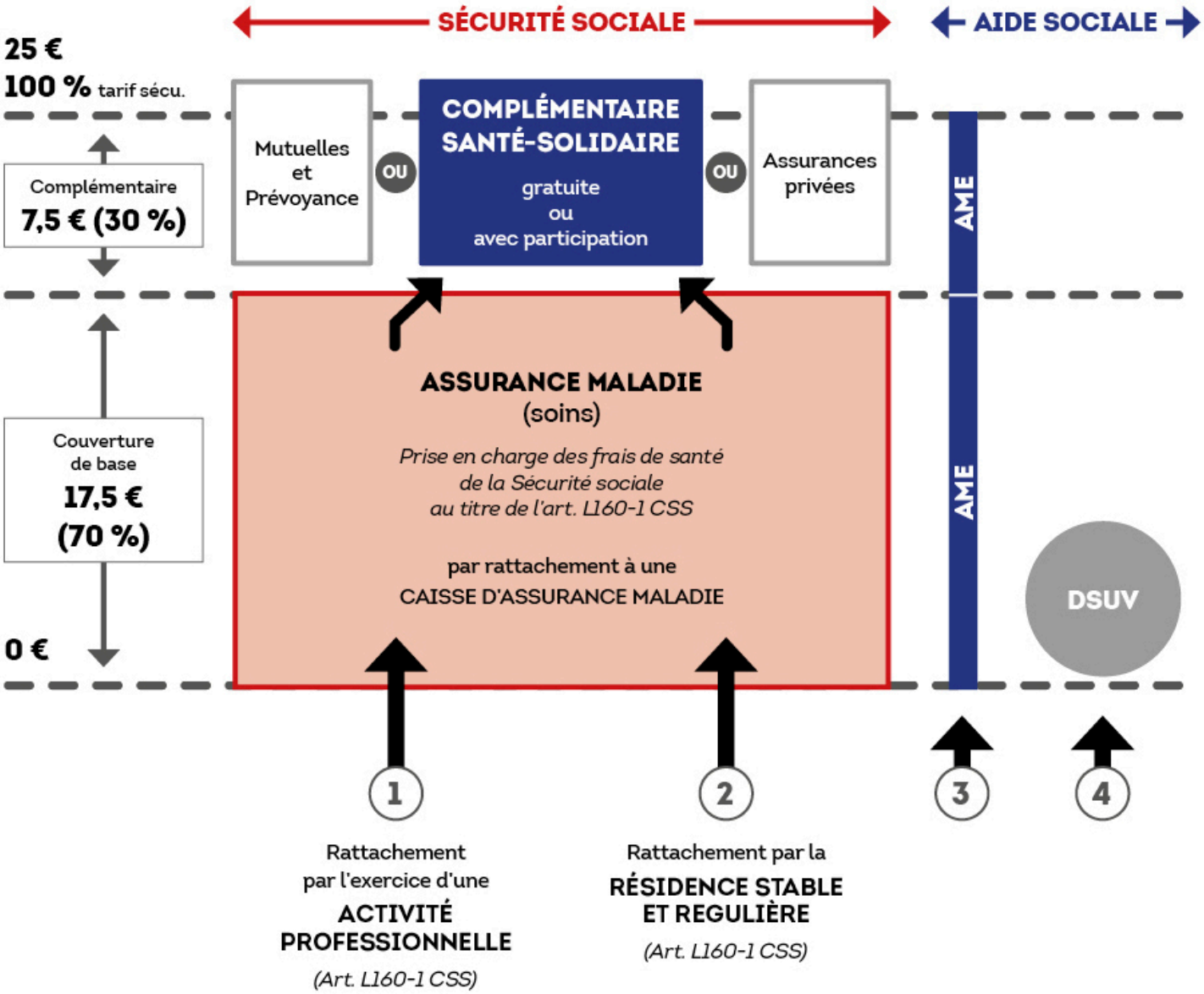
Dispositifs de protection maladie

Article mis à jour le 02/09/2022

En principe, toute personne démunie - française ou étrangère - « résidente » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie, base et complémentaire, de service public assurant une « gratuité » des soins. Depuis 2020, ce principe général comporte une exception : pour la personne étrangère majeure, aucune protection maladie n'est garantie pendant les trois mois qui suivent l'expiration de son visa ou de son titre de séjour non renouvelé. Le type de protection maladie des ressortissants étrangers dépend de la régularité du séjour au regard de la réglementation sur la police des 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 en ligne).

Le système français s'est construit autour de la notion d'aide sociale et de sécurité sociale, rendant nécessaire l'ouverture préalable des droits à une protection maladie (par une caisse d'assurance maladie) avant de consulter un.e professionnel.le de santé, sauf à payer soi-même les dépenses. La complexité du dispositif français réside dans la coexistence d'un double système Assurance maladie *versus* Aide médicale Etat et d'un double étage de prise en charge financière : couverture de base avec reste à charge, et couverture complémentaire assurée par une mutuelle, institut de prévoyance ou assurance santé pour couvrir tout ou partie du reste à charge (dépense restant à la charge de la personne après remboursement de la part couverte par l'assurance maladie obligatoire).

Schéma simplifié du système français de protection maladie



25 € : Ici, prix d'une consultation de médecine générale en libéral secteur 1 correspondant au tarif « sécurité sociale » ou tarif dit de « responsabilité » (2020 ; tarif en métropole / DOM : 27,60 €)

7,50 € : Voir Ticket modérateur (DOM : 8,28 €)

17,50 € : Voir Part obligatoire (DOM : 19,32 €)

AME Aide médicale Etat

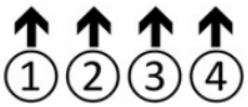
BASE : Part de la dépense de santé prise en charge par l'Assurance maladie (ici 17,50 €) ; Voir *Part obligatoire*

COMPL. : Voir *Part complémentaire* ou *Ticket modérateur*

CSS : Code de la sécurité sociale

DSUV : Dispositif pour les soins urgents et vitaux

Le schéma supra présente les quatre portes d'entrée dans le système :



L'exemple choisi concerne le paiement d'une consultation de médecine générale en libéral secteur 1 (25 euros en 2020 en métropole), mais est généralisable à l'ensemble des soins, y compris au paiement des soins hospitaliers par les patients. Chacune des portes d'entrée s'adresse à des personnes différentes (un seul rattachement pour une même personne à un instant donné) :

① Rattachement à l'assurance maladie obligatoire du fait de l'exercice d'une activité professionnelle avec paiement de cotisations (salarié.e.s ou professions indépendantes). Cette situation concerne les Français, et les étrangers en séjour légal au sens de l'Assurance maladie (liste de documents de séjour fixée par Arrêté ministériel, voir en ligne Assurance maladie, et Régularité du séjour pour la protection maladie) ;

② Rattachement à l'assurance maladie obligatoire en cas d'absence d'activité professionnelle, et fondé sur la résidence (présence) en France avec éventuel paiement d'une cotisation proportionnelle aux revenus, y les revenus compris du patrimoine (dispense de cotisation en dessous d'un plafond de ressources). Cette situation concerne les Français, et les étrangers en séjour légal au sens de l'Assurance maladie (liste des titres et documents justifiant de la régularité du séjour en France fixée par Arrêté ministériel, voir en ligne Assurance maladie) ;

③ Ouverture des droits à l'Aide médicale Etat (AME) : aide sociale sous condition de ressources pour les étrangers en séjour irrégulier (y compris UE/EEE/Suisse) ou dont le document de séjour régulier ne figure pas dans la liste réglementaire fixée par Arrêté ministériel, voir en ligne AME. Possibilité de demander l'AME sur décision (discrétionnaire) du ministre pour déroger aux conditions légales d'ouverture des droits (AME dite « humanitaire ») ;

④ Bénéfice du Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) : pour les établissements de santé ayant délivré des soins à un étranger non-éligible à l'AME ; voir en ligne Dispositif soins urgents et vitaux.

L'ordre ①②③④ correspond à la subsidiarité des dispositifs les uns par rapport aux autres (par exemple, une caisse n'examine pas les droits à l'AME si la personne est éligible à l'Assurance maladie).

Les dispositifs

L'Assurance maladie obligatoire (avec une assurance maladie complémentaire facultative), voir les développements et les sources dans l'article en ligne Assurance maladie**.** Il s'agit de la protection de droit commun accessible à toute personne installée en France (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale), et pour les étrangers, accessible seulement à ceux résidant avec un droit au séjour légal. L'ouverture des droits à l'assurance maladie est accordée, soit du fait de l'exercice d'une activité professionnelle autorisée, dès la première heure travaillée (repère ① du schéma), soit du fait de la simple présence en France avec ou sans cotisation en fonction des ressources (repère ②). Depuis la réforme dite PUMa (Protection universelle maladie de 2015), le statut d'« ayants droit » ne concerne plus que les mineurs à la charge d'un assuré (non figuré sur le schéma). La durée d'ouverture des droits ne peut être inférieure à six mois, même lorsque le titre de séjour est de plus courte durée. Il n'y a pas de rétroactivité de la date d'ouverture des droits (et donc pas de remboursement des soins effectués avant la date de la

demande) sauf si une demande de Complémentaire-santé-solidaire a été faite simultanément. L'ouverture du droit à l'assurance maladie est matérialisée par la délivrance d'une notification papier, puis d'une carte vitale sous réserve de l'obtention d'une identification (ex-immatriculation) définitive.

La Complémentaire-santé-solidaire (anciennement CMU-C ou ACS-Aide au paiement d'une complémentaire santé), voir les développements et les sources dans l'article en ligne. Il s'agit d'une protection complémentaire de service public accessible à toute personne assurée et financièrement démunie, qu'elle soit assurée comme travailleur (repère ①) ou sur critère de résidence (repère ②). Elle s'ajoute à l'assurance maladie pour couvrir 100% du tarif sécurité sociale, et même au-delà de ce tarif en matière de prothèses et lunettes. Elle est soit gratuite (personnes assurées dont les ressources sont inférieures à un plafond annuel), soit avec paiement d'une participation (personnes dépassant jusqu'à 35% le plafond). Au-delà du seuil de ressources, les personnes ne peuvent pas obtenir la Complémentaire-santé-solidaire. Si elles ne sont pas couvertes par le contrat de complémentaire collectif de leur entreprise, elle peuvent souscrire un contrat payant auprès d'un opérateur privé (mutuelles, instituts de prévoyance, ou assurance santé). Si le délai d'instruction peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne, le professionnel (médecin, travailleur social) peut demander à la caisse, sur la base d'une lettre, une « instruction prioritaire ». Les droits ouverts à la Complémentaire-santé-solidaire sont d'un an incompressible, sauf si le premier titre de séjour présenté est d'une durée inférieure à six mois (dans ce cas, voir article en ligne). Le ministère de la Santé a fixé un seuil de deux mois pour la rétroactivité de couverture des soins délivrés en ville ou en établissement de santé. La dispense complète d'avance de frais étant un droit, aucun professionnel de santé (y compris les pharmaciens et dentistes) ne peut exiger le paiement des soins pour un bénéficiaire de la Complémentaire-santé-solidaire (idem AME).

L'Aide médicale Etat (AME), *voir les développements et les sources dans l'article en ligne Aide médicale Etat.* Il s'agit de la protection maladie (repère ③ du schéma), sous condition de ressources, accordée aux étrangers démunis résidant en France (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale), et qui ne sont pas éligibles à l'assurance maladie faute de séjour légal. L'AME couvre les mêmes soins que l'assurance maladie, à l'exception de certaines prestations notamment la procréation médicalement assistée et l'hébergement des enfants handicapés dans certaines structures spécialisées. Les soins sont financés dans la limite de 100% du tarif de la Sécurité sociale. La Caisse d'Assurance maladie du lieu de résidence est chargée de l'instruction de la demande. Si le délai d'instruction (2 mois en théorie) peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne, et en dehors de toute urgence (laquelle justifie une orientation immédiate vers l'hôpital), le médecin peut requérir sur la base d'un certificat médical l'instruction prioritaire de la demande. Les droits à l'AME sont ouverts à compter de la date de la demande et pour une période d'un an. La rétroactivité maximale de 90 jours est possible pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé. Une carte d'AME est délivrée comportant une photo et un numéro d'identifiant. Cette carte est différente d'une Carte Vitale (laquelle est réservée aux assurés sociaux).

Le Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV), *voir les développements et les sources dans l'article en ligne Dispositif des soins urgents et vitaux.* Ce dispositif (repère ④ du schéma) n'est pas un système de protection maladie pour la personne, mais un mode de paiement a posteriori des soins fournis en urgence par l'hôpital public ou privé. Il doit être mis en œuvre dès que l'état de santé de la personne le requiert, et que la personne n'a pas droit à l'AME. Il couvre l'ensemble des soins dont le défaut pourrait conduire à « une altération grave et durable de l'état de santé » (perte d'espérance de vie sans incapacité). Les femmes enceintes (dont les soins de prévention et les interruptions de grossesse), les mineurs et les personnes qui présentent une pathologie nécessitant d'éviter sa propagation à l'entourage ou à la collectivité (tuberculose, infection par le VIH, VHB, VHC…) sont explicitement incluses dans le champ d'application du DSUV. Pour en bénéficier, il faut être de nationalité étrangère, être présent en France et être en séjour irrégulier. Par exception, bien qu'étant en séjour régulier, les demandeurs d'asile majeurs dument enregistrés auprès de l'autorité de police relèvent du DSUV pendant les trois premiers mois de leur présence en France. En pratique, pour déclencher le

DSUV, les circulaires ministérielles indiquent que l'hôpital doit déposer une demande d'AME avec la personne concernée qui, soit se voit notifier un refus par la caisse, soit doit attendre un refus implicite. Les circulaires ministérielles précisent que les hospitalisations, les consultations, les médicaments prescrits à l'occasion des soins urgents, les frais de transports sont pris en charge.

Le séjour irrégulier des étrangers s'entend au sens où la personne ne dispose pas d'un titre de séjour ou visa prévu par la réglementation pour accéder à l'Assurance maladie. Il ne devrait donc y avoir personne se trouvant simultanément « ni en séjour régulier » (inéligible à l'Assurance maladie avec complémentaire) « ni en séjour irrégulier » (inéligible à l'AME/DSUV pour séjour régulier).

Récapitulatif des différences entre un rattachement professionnel ① et un rattachement sur critère de résidence ②

	sur critère professionnel	sur critère de résidence
Panier de soins (type de soins couverts)	Aucune différence dans le panier de soins entre les assurés : tous bénéficient de la même prise en charge des frais de santé	
Caisse de rattachement	Obligatoirement la caisse de cotisation de l'employeur ou de l'activité	Caisse du régime général
Prestations en espèces (indemnités journalières d'arrêt de travail)	OUI	Pas de prestations en espèces
Contrôle de la résidence habituelle en France (au sens de l'art. R111-2 du CSS)	NON	OUI
Délai d'ancienneté de présence en France de trois mois	Pas de délai de 3 mois	Délai de 3 mois *
Définition de la régularité du séjour de l'assuré étranger	Même définition	
Prolongation des droits d'un an (articles L160-1 et R111-4 CSS)	OUI (base et Complémentaire-santé-solidaire)	
Mode de paiement de la cotisation	Prélèvement à la source (notamment via le bulletin de paye)	Déclaration annuelle (sauf cas de dispense)

**sauf exceptions*

A propos du vocable PUMa : L'acronyme « PUMa » (Protection maladie universelle) désigne la réforme du Code de la sécurité sociale intervenue fin 2015, Le code de la sécurité sociale ne mentionne ce terme qu'une fois (art. L200-1) pour désigner la prise en charge des frais de santé par la Sécurité sociale (c'est-à-dire la couverture de base obligatoire de service public). Pour éviter les incompréhensions préjudiciables en matière d'accès aux droits, il est recommandé de ne pas utiliser les vocables « droits PUMa », etc… Pour désigner les prestations concernées, le présent Guide utilise le vocable « prise en charge des frais de santé » de la Sécurité sociale (CSS, article L160-1).

Pour en savoir plus

Comede-Gisti, Note pratique *La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale*, novembre 2017, mise à jour décembre 2020, éditée par le Gisti

France-Assos-Santé ; Fiches pratiques, https://www.france-assos-sante.org/publicationsdocumentation/fiches-pratiques/

Site l'Administration française : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19811 (Santé-social / Sécurité sociale)

Site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr