



| | | |
|--|----------------------|-----------------------------------|
| DIRECTION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET L'HEBERGEMENT DES DEMANDEURS D'ASILE | | |
| Référence : VR/12/A/15 | | Type de document : NOTE TECHNIQUE |
| Domaine concerné : AME | | |
| Version : A | Date : 25 avril 2012 | Pages : 3 |
| Rédactrices : M. A. Paintoux, R. Moughanie | | |
| Approbatrice : V. Lay | | |

Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale d'État ainsi qu'au droit au service des prestations

Sommaire

| | |
|---|---|
| 1 – Exclusion de la prise en charge au titre de l'AME de certains soins | 1 |
| 2 – L'introduction d'un accord préalable de la caisse d'assurance maladie pour la prise en charge de soins coûteux | 2 |
| A) Soins concernés | 2 |
| B) Procédure d'agrément | 2 |
| i) Accord préfectoral..... | 2 |
| ii) Condition de résidence..... | 2 |
| Remarques | 2 |

Par un décret du 17 octobre 2011, d'application immédiate, des restrictions ont été apportées à l'accès aux soins pour les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale d'État (AME). Ces restrictions portent sur deux domaines :

- L'exclusion de certains soins de la couverture.
- L'introduction de l'accord préalable de la caisse d'assurance maladie pour la prise en charge de soins coûteux.

Ce décret s'inscrit dans la politique de réduction des dépenses liées à l'AME, à travers la politique globale de réforme des prestations hospitalières et l'introduction d'un droit de timbre annuel de 30 euros pour les bénéficiaires de cette aide.

1 – Exclusion de la prise en charge au titre de l'AME de certains soins

L'AME couvre habituellement, de manière globale ou partielle, les principaux frais médicaux tels que les frais de médecine générale et spéciale, les médicaments, les soins hospitaliers, etc. Certains actes, prestations et médicaments sont exclus de la prise en charge AME, pour les raisons suivantes :

- Le service médical rendu issu de ces soins n'est pas considéré comme « moyen » ou « important » dans la hiérarchisation des prestations et des actes ;
- Et/ou, ils ne visent pas directement la prévention ou le traitement d'une maladie.

Le décret du 17 octobre 2011 précise les actes exclus, à savoir les frais relatifs aux cures thermales et à l'assistance médicale à la procréation. Les actes, examens, médicaments et produits

relatifs à ces soins sont également exclus de la prise en charge. A noter que les mineurs sont exclus de ces restrictions.

⇒ **De nouveaux actes, prestations et médicaments pourraient être ajoutés à cette liste.**

2 – L'introduction d'un accord préalable de la caisse d'assurance maladie pour la prise en charge de soins coûteux

Le décret du 17 octobre 2011 introduit également un accord préalable de prise en charge de la caisse d'assurance maladie pour la délivrance de certains soins hospitaliers. Il s'agit d'un principe posé par la loi de finances 2011.

A) Soins concernés

Les soins concernés par cette disposition doivent réunir les conditions suivantes :

- Leur coût **dépasse 15 000 euros**.
- Leur réalisation peut **attendre 15 jours** après leur prescription.

B) Procédure d'agrément

Le décret fixe les conditions dans lesquels cet accord préalable est demandé et délivré.

i) Accord préfectoral

D'une part, le bénéficiaire en fait la demande par le biais d'un formulaire qui sera fixé par arrêté du ministère de la Santé. L'établissement hospitalier y inscrit le montant de l'acte et transmet ensuite le formulaire à la **préfecture de département** ou, par délégation, au directeur de la caisse d'assurance maladie, qui fournit ou non son accord.

L'absence de réponse dans les quinze jours vaut accord. S'il s'agit d'un soin inopiné, qui doit être effectué dans un délai inférieur à 15 jours ou si le bénéficiaire est mineur, cette procédure n'est pas requise.

ii) Condition de résidence

D'autre part, ce délai doit permettre à la préfecture et à la caisse d'assurance maladie de vérifier que la **condition de résidence stable en France est bien remplie**. Elle s'entend comme :

- Une présence en France depuis **plus de trois mois consécutifs** ;
- Vivre en France dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un **minimum de stabilité**.

La notion de stabilité signifie :

- Soit avoir son lieu de résidence habituelle, présentant un caractère permanent en France ;
- Soit avoir son lieu de séjour principal sur le territoire métropolitain ou dans l'un des départements d'outre-mer, c'est-à-dire y séjourner plus de 6 mois par an (la régularité du séjour n'est pas exigée).

Cette condition n'est pas applicable aux mineurs.

Remarques

⇒ **Ces dispositions qui visent à éviter le « tourisme médical » risquent de conduire des étrangers malades en situation irrégulière ne pouvant prouver leur résidence en France ou ne souhaitant pas voir leur situation examinée par la préfecture, à reporter ou renoncer à des soins.**

- ⇒ **De plus, elle introduit dans la procédure de soins un acteur non médical – la préfecture de département – sans qu'il soit précisé si le formulaire de demande inclura un avis médical, ni dans quelle mesure la préfecture devra le prendre en compte.**