

## L'aide médicale d'Etat (AME)

09/07/2008

*Cette fiche pratique élaborée par la DAJDP précise notamment qui sont les bénéficiaires de l'AME, quelles sont les conditions pour pouvoir en bénéficier, et comment cette aide est attribuée.*

### Voir **arrêté du 10 juillet 2009** relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat

L'aide médicale d'Etat (AME) s'inscrit dans une démarche de solidarité médicale. En effet, elle est destinée à prendre en charge les dépenses de santé en France, des étrangers malades.

Le régime de l'aide médicale d'Etat est défini aux articles L.251-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles :

*« Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle. De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret ».*

### **1. Qui peut être bénéficiaire de l'AME ?**

Les bénéficiaires de l'AME sont des personnes en situation irrégulière sur le territoire français, y résidant de manière continue depuis au moins trois mois et ne pouvant prétendre à aucune autre protection sociale.

Les personnes à la charge du bénéficiaire de l'AME peuvent aussi en bénéficier.

Par ailleurs, l'AME peut être attribuée de manière exceptionnelle à des personnes qui ne seraient que de passage sur le territoire. Cette attribution est décidée par décision du ministre chargé de la cohésion sociale.

### **2. Quelles sont les conditions pour bénéficier de l'AME ?**

Deux conditions cumulatives propres à la personne sont exigées :

- être présent sur le territoire français depuis au moins trois mois. Un justificatif de présence sur le territoire doit être présenté lors de la demande de bénéfice de l'aide (tel que visa expiré, facture d'hôtel...).
- être présent de manière irrégulière.

Par ailleurs, des conditions de ressources sont également prises en compte. Ainsi le demandeur doit indiquer dans sa demande, la nature et le montant de ses ressources ainsi que celles des personnes à sa charge, perçues aussi bien en France qu'à l'étranger, depuis les douze derniers mois.

### **3. Comment demander l'admission à l'AME ?**

Le dossier de demande d'admission à l'AME est constitué :

- d'un formulaire CERFA n°11573\*03 qui devra être dûment complété par le demandeur. Ce document est consultable et imprimable sur le site de l'Assurance Maladie ([http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/formulaires/S3720.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3720.pdf)) ;
- de tous les documents justificatifs de la situation du demandeur dont la liste figure sur le document ci-dessus mentionné.

La demande peut se faire auprès :

- des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM),
- des centres communaux d'action sociale,
- des services sanitaires et sociaux des départements,
- des établissements hospitaliers, dans le cadre des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- des associations agréées, dont la liste est disponible en préfecture ou dans les CPAM.

S'il n'est pas constitué directement dans une CPAM, le dossier est transmis par l'organisme auprès duquel la demande a été déposée à la caisse d'assurance maladie dont il dépend, dans les huit jours qui suivent le dépôt de la demande.

#### **4. Comment l'AME est-elle attribuée ?**

Ce sont les CPAM qui instruisent les dossiers de demande d'AME et décident de l'attribution ou non de l'aide.

Si aucune décision n'est rendue par la CPAM dans le délai de deux mois, le silence de l'organisme vaut refus implicite.

#### **5. Quels sont les recours contre la décision de refus d'AME ?**

La décision de rejet de l'attribution de l'AME doit être motivée par des arguments de droit et de fait.

Un recours est possible pour en contester la légalité et demander la révision de la décision auprès de la commission départementale d'aide sociale de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales dont l'adresse est mentionnée sur la notification de refus.

#### **6. Quelle est la durée d'attribution de l'AME ?**

L'AME n'est attribuée qu'à titre provisoire pour une durée maximale d'un an.

L'ouverture des droits à l'AME est rétroactive à la date du dépôt de la demande. Si des soins ont été dispensés avant cette date, la rétroactivité peut être ramenée au maximum, au mois qui précède cette date de dépôt. Cependant, cette possibilité n'est ouverte qu'aux personnes ayant été présentes au moins trois mois avant le mois qui précède le dépôt de la demande.

L'attribution de l'AME peut faire l'objet d'un renouvellement. Un nouveau dossier de demande devra alors être constitué dans les deux mois qui précèdent la date d'interruption de la couverture.

#### **7. Quels sont les effets de l'obtention de l'AME pour ses bénéficiaires ?**

Les bénéficiaires de l'AME voient l'ensemble de leurs dépenses de santé prises en charge.

Ils sont, en outre, dispensés de toute avance de frais, aussi bien à l'hôpital qu'en médecine de ville.

#### **8. Quelle est la nature des dépenses de santé prises en charge ?**

Toutes les dépenses médicales du bénéficiaire de l'AME sont prises en charge, dans la limite de l'application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Ainsi, sont prises en charge :

- o les honoraires des médecins (généralistes et spécialistes) ;

- o les soins et prothèses dentaires ;
- o les médicaments et dispositifs médicaux ;
- o les analyses et examens de laboratoires ;
- o les hospitalisations et les traitements dans les établissements de santé : soins, réadaptation fonctionnelle, rééducation, éducation professionnelle... ;
- o les interventions chirurgicales ;
- o les médicaments, produits ou objets contraceptifs et les frais d'analyse et d'examen en laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- o les transports nécessaires pour recevoir des soins ou subir des examens médicaux appropriés à l'état du malade ;
- o les soins et hospitalisations liés à une interruption volontaire de grossesse ;
- o les actes et traitements réalisés à titre préventif (comme les examens de dépistage, les vaccinations ou les consultations de prévention dans le cadre de programmes de santé mis en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales ou les organismes d'assurance maladie) ;
- o les frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses ou d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- o la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, en particulier les examens prénataux et postnataux obligatoires, ainsi que les mesures de prévention sanitaire et sociale pour les enfants de moins de six ans, notamment les examens médicaux obligatoires prévus par le code de la santé publique ;
- o le forfait hospitalier lié à une hospitalisation.

### **9.L'AME peut-elle faire l'objet d'une récupération ?**

Le préfet peut demander à ce que les sommes versées au titre de l'AME soient remboursées si, après admission, la preuve est rapportée que le bénéficiaire perçoit une aide par des membres de sa famille résidant en France pour l'aider à payer ses dépenses de soins.

### **10.Quelle est la situation des personnes non bénéficiaires de l'AME ?**

Dans l'hypothèse où l'AME n'est pas attribuée à une personne étrangère dont l'état de santé nécessiterait des soins, deux autres possibilités de prise en charge existent dans le système de santé et de protection sociale français.

D'une part, lorsque des soins vitaux et urgents sont nécessités par l'état de santé d'une personne, les hôpitaux ne peuvent pas refuser de porter secours.

Les frais liés à la prise en charge de la personne ainsi bénéficiaire de soins mais n'ayant pas suffisamment de ressources peuvent être pris en charge au titre d'une dotation financière forfaitaire réservée à ce type de dépenses de santé Article 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 à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'AME en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions de l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la CPAM* ». .

A cet effet, chaque année la CPAM alloue aux hôpitaux qui déclarent avoir couvert ce type de soins, une dotation spécifique. Cette dernière n'est pas systématique et ne couvre pas obligatoirement l'intégralité de la dépense (elle constitue un forfait variable en fonction des ressources restant disponibles pour couvrir ces dépenses et du nombre d'hôpitaux concernés).

Pour bénéficier de cette prise en charge, il convient que l'établissement de santé dresse un état de ses dépenses en fin d'année qu'il transmet à la CPAM.

Les personnes pouvant prétendre à cette prise en charge doivent remplir les mêmes conditions que les demandeurs de l'AME, à l'exception de la condition de durée de présence sur le territoire.

D'autre part, les établissements participant au service public hospitalier peuvent mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) accueillant les personnes nécessitant des soins, sans ressource et sans protection sociale. Ces unités de soins sont ainsi adaptées aux personnes en situation de précarité. Les établissements concluent alors avec l'Etat des conventions prévoyant la prise en charge des soins et traitements dispensés gratuitement à ces personnes.