



Organisation du processus de facturation hospitalière

Guide de facturation

Procédures d'admission des patients

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE



Avant-propos

La mise en œuvre de la tarification à l'activité et la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé ont fait de l'amélioration de la qualité de la facturation et du niveau de recouvrement des produits hospitaliers un objectif prioritaire. Les dysfonctionnements de la chaîne de facturation, pénalisants pour les perspectives de recouvrement des produits hospitaliers et globalement pour la situation financière des établissements, le seront davantage encore dès lors que les établissements présenteront leurs factures directement aux caisses d'assurance maladie et si rien n'est entrepris. Cette situation n'est pas irrémédiable et différentes actions menées par les établissements peuvent sensiblement et rapidement corriger ce constat.

C'est dans cet esprit qu'un guide de lecture des indicateurs des rejets de facturation a été diffusé par la MeaH au début de l'été 2007. Le présent guide de facturation dédié aux procédures d'admission des patients s'inscrit dans la continuité de ces travaux et de la démarche de sensibilisation des responsables hospitaliers aux enjeux de ces différentes réformes et à l'optimisation du processus de facturation.

Ce nouveau guide cible plus particulièrement les procédures d'accueil des patients. Il s'agit d'un moment privilégié durant lequel doivent être recueillies auprès de l'intéressé – et de son entourage éventuellement – toutes les informations nécessaires à une facturation de qualité des soins qui lui seront dispensés, ainsi que celles nécessaires à la bonne organisation de son passage dans l'établissement. Ces informations conditionnent également la qualité du recouvrement qui s'ensuit. Les travaux menés par la MeaH en 2006 et 2007 ont démontré l'intérêt pour l'ensemble de la chaîne de facturation – et *in fine* pour les finances de l'établissement – d'une bonne information des personnels chargés de cet accueil sur les procédures qu'ils doivent mettre en œuvre en fonction de la situation individuelle de chaque patient.

C'est donc à cette catégorie de personnels que s'adresse en priorité ce guide, ainsi qu'à tous ceux qui au sein des établissements comme des caisses d'assurance maladie souhaitent disposer d'une documentation synthétique sur les différents sujets abordés.

Les auteurs de ce guide ont eu pour ambition de faire le point sur l'état du droit pour les thèmes traités, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires auxquels il est recommandé de toujours se référer.

Fruit d'une collaboration entre les services ministériels, ceux de l'assurance maladie et de plusieurs établissements volontaires, aidés dans leur projet par une société de service, ce guide est diffusé dans tous les établissements de santé antérieurement en dotation globale et disponible simultanément sur le site de la MeaH et sur celui du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports où il sera adapté en fonction de l'évolution du droit et enrichi d'un second volet dédié aux règles de facturation.

Annie PODEUR

Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins



Remerciements

Pour leur précieuse collaboration, sont remerciés les partenaires :

- DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- DSS : direction de la sécurité sociale ;
- DGCP : direction générale de la comptabilité publique ;
- DGAS : direction générale de l'action sociale ;
- CLEISS : centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ;
- MeaH : mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
- CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- MSA : mutualité sociale agricole ;
- CFE : caisse des français de l'étranger ;
- Centre hospitalier de Cannes ;
- Centre hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège ;
- Centre hospitalier universitaire de Caen ;
- Centre hospitalier de Chartres ;
- Centre hospitalier universitaire de Toulouse ;
- Centre hospitalier de la région d'Annecy ;
- Centre hospitalier de Melun ;
- Centre hospitalier de Saint Denis ;
- Assistance publique – Hôpitaux de Paris ;
- Atos Consulting ;
- CNEH.

Sommaire

Avant-propos	3
Remerciements	4
Sommaire	5
1. Accueil et sortie du patient	6
1.1. Patient en consultation externe	6
1.2. Patient hospitalisé	8
1.2.1. Admission en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	8
1.2.2. Admission en psychiatrie	12
1.2.3. Admission d'un mineur	15
1.3. Patient en secteur libéral d'un praticien statutaire exerçant à temps plein	22
1.4. Patient devant confier ses enfants à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) durant son hospitalisation	24
1.5. Accouchement secret	25
1.6. Sortie du patient	27
1.7. Décès	30
1.8. Détermination du débiteur (hors assurance maladie obligatoire ou complémentaire)	33
1.8.1. Le débiteur est le patient	33
1.8.2. Le débiteur n'est pas le patient	35
2. Relations avec l'assurance maladie	40
2.1. Notions générales de sécurité sociale	40
2.2. Les procédures de prise en charge	42
2.3. La carte Vitale	45
2.4. La couverture maladie universelle de base (CMU)	48
2.5. La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)	50
2.6. Le parcours de soins coordonné à l'hôpital	53
2.7. Les affections de longue durée (ALD)	58
2.8. Les accidents du travail	61
2.9. Les accidents de la vie privée causés par les tiers	64
2.10. Les transports	65
3. Modalités de prise en charge des patients venant de l'étranger	68
3.1. Schémas de prise en charge des patients étrangers	68
3.2. Liste des accords bilatéraux de sécurité sociale et formulaires à présenter	71
3.3. Patient étranger non assuré d'un régime français en séjour temporaire	72
3.4. Patient étranger non assuré d'un régime français résidant en France	75
3.5. Aide médicale de l'État (AME)	78
3.6. Soins urgents aux étrangers en situation irrégulière	81
3.7. Patient français expatrié	83
4. Dispositifs de prise en charge ne relevant pas de l'assurance maladie obligatoire	85
4.1. Relations avec les organismes d'assurance maladie complémentaires	85
4.2. Aide sociale aux personnes âgées (ASPA)	88
4.3. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	91
5. Cas particuliers	93
5.1. La personne gardée à vue	93
5.2. La personne détenue	96
5.3. La personne en centre de rétention administrative	99
Les publications MeaH sur la chaîne de facturation	100
Glossaire	101

1. Accueil et sortie du patient

FICHE 1.1. Patient en consultation externe

1. Les textes de référence

- Article [L 6111-1](#) du code de la santé publique ;
- Article [L 162-26](#) du code de la sécurité sociale ;
- Article [R 162-51](#) du code de la sécurité sociale.

2. Le dossier d'un consultant externe

La première consultation d'un patient externe donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et à la couverture sociale dont il bénéficie.

Ces informations sont confidentielles, les agents hospitaliers étant tenus au secret professionnel « pour les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leur fonction. »

2.1. Les informations relatives à l'état civil

- Nom, prénom, sexe ;
- Nom de jeune fille (si applicable) ;
- Date de naissance ;
- Adresse ;
- Téléphone (si possible).

Ces éléments doivent être **vérifiés** à partir de documents présentés par le patient ou son ayant droit, tels que la carte nationale d'identité ou le permis de conduire, le passeport ou la carte de séjour.

2.2. Les informations relatives à la couverture sociale

Pour permettre aux patients de bénéficier du tiers payant et leur éviter ainsi de faire l'avance des frais, il convient de leur demander :

- **Leur carte Vitale** à jour ou, à défaut, l'attestation papier de droits ouverts à un organisme d'assurance maladie ;
- **Leur carte de mutualiste.**
 - **Ou une attestation de CMU complémentaire** (cette vérification de droits à la CMUc peut également se faire à partir de la lecture de la carte Vitale) ;
 - **Ou une attestation d'Aide Médicale de l'Etat (AME) ;**
 - **Ou la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou formulaire E 112.**

Ces informations doivent être vérifiées et éventuellement complétées et actualisées lors des différentes venues du consultant.

3. Le circuit du consultant

Le circuit du patient doit être conçu de manière à faciliter son accès aux caisses des consultations.

Le paiement au comptant doit être privilégié pour le règlement du ticket modérateur ou, pour les non assurés sociaux, de la totalité des frais.

Ce paiement au comptant peut être réalisé :

- Soit en **pré-paiement**, c'est à dire avant la consultation ou la réalisation des actes dès lors que ceux-ci peuvent être pré-identifiés par le service (par exemple, sur présentation d'une convocation portant les actes à exécuter) ;
- Soit immédiatement **après** la consultation, si les actes ont été saisis en temps réel dans l'application informatique du service de soins, ou à partir d'une « fiche de circulation » listant les actes réalisés et remise au patient.

Si le consultant ne passe pas en caisse, une facture doit lui être envoyée dans les plus brefs délais.

FICHE 1.2. Patient hospitalisé

FICHE 1.2.1. Admission en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

1. Les textes de référence

- Code civil :
 - o Articles [311-21](#) et [311-22](#) : la transmission du nom de famille.
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) :
 - o Articles [L 121-1](#) à [L 121-4](#), [L 311-3](#) et [L 321-4](#).
- Code de la santé publique :
 - o Article [L 1111-6](#) : désignation d'une personne de confiance ;
 - o Articles [L 1113-1](#) à [L 1113-9](#) : responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et certains établissements sociaux ou médico-sociaux et vente des objets abandonnés dans ces établissements ;
 - o Article [R 1112-11](#) : statut du malade hospitalisé ;
 - o Articles [R 1113-1](#) à [R 1113-9](#).
- Code de la sécurité sociale :
 - o Article [R 166-3](#) : nécessité d'informer le service médical en cas de transfert en SSR.
- Lettre ministérielle du 23 juillet 2004 au directeur de la CNAMTS qui suspend l'accord préalable en cas d'admission en SSR.

2. Les principes généraux de l'admission

L'admission d'un malade est prononcée par le directeur de l'hôpital sur avis médical.

Toute personne a droit à une information délivrée par les établissements de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et leurs conditions de prise en charge.

2.1. Hors cas d'urgence

En dehors des cas d'urgence, l'admission est décidée sur présentation d'un certificat du médecin traitant ou appartenant aux services de consultations de l'établissement.

Sans mentionner le diagnostic, ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle doit être admis l'intéressé. Par ailleurs, une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation est adressée au praticien hospitalier précisant tous renseignements médicaux utiles à la prise en charge médicale du patient.

2.2. En situation d'urgence

Si l'état d'un malade ou d'un blessé nécessite des soins urgents, le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les débiteurs éventuels.

Lorsque l'état du malade requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre ensuite toutes les mesures nécessaires pour que le malade soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

2.3. Le refus d'admettre un patient

En cas de refus d'admettre un patient, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

3. Le dossier administratif

3.1. Les généralités

L'admission d'un malade donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et à la protection sociale dont il bénéficie.

La prise de ces renseignements doit être extrêmement rigoureuse pour constituer un dossier « complet » et permettre une facturation rapide ou un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ ou de soins externes, lors de la sortie du patient.

Toutes les données recueillies sont strictement confidentielles, les agents hospitaliers étant tenus au secret professionnel pour « tous les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions ».

Le dossier administratif comporte trois rubriques :

- Etat civil ;
- Débiteurs ;
- Entourage du patient et renseignements divers.

3.2. L'état civil du patient

- Nom, prénom, sexe ;
- Date et lieu de naissance, pays de naissance ;
- Nationalité ;
- Situation familiale, nombre d'enfants ;
- Adresse et téléphone ;
- Employeur (adresse, téléphone), le cas échéant.

3.3. Les débiteurs

Les frais d'hospitalisation ou de soins externes peuvent être facturés à l'encontre des débiteurs suivants :

- La sécurité sociale, au titre :
 - o de la couverture maladie universelle de base (CMU) ;
 - o de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).
- L'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- L'aide sociale ;
- Les mutuelles ;
- Les assurances privées ;
- Les organismes de sécurité sociale dans le cadre des conventions internationales ;
- Les organismes étrangers ;
- Divers (autres établissements, laboratoires...) ;
- Les patients payants.

3.4. Les justificatifs à fournir lors d'une admission

Lors de son admission, le patient doit présenter différentes pièces justificatives, nécessaires à la constitution de son dossier administratif :

- Sa carte Vitale ou l'attestation papier correspondante qui permet de vérifier qu'il a des droits ouverts auprès d'un organisme d'assurance maladie. A défaut, une prise en charge doit être demandée à son organisme d'assurance maladie (☞ article [R 174-4](#) du code de la sécurité sociale) ;
- Sa carte de mutuelle en cours de validité lorsque l'établissement de santé a conclu une convention de tiers-payant avec les organismes tiers-payeurs ;
- Pour les organismes qui ne rééditent pas leurs cartes annuellement, il peut être demandé au patient de fournir ses derniers bulletins de salaire ;

- Une attestation de prise en charge d'un organisme tiers-payeur (CMUc, mutuelle, AME ...), assurances privées, établissements de soins ;
- Sa pièce d'identité qui peut-être :
 - o La carte d'identité française ou étrangère ;
 - o Le passeport ;
 - o La carte de résident ;
 - o La carte de séjour ;
 - o Un extrait de naissance ;
 - o Le livret de famille ;
 - o Le jugement de divorce.
- Un justificatif de son adresse (quittance de loyer, d'EDF ou de téléphone...), le cas échéant.

Une photocopie des pièces justificatives de prise en charge doit être conservée dans le dossier d'admission du patient.

4. L'entourage du patient : proches et personnes à prévenir

Il est important d'être particulièrement attentif à la rubrique « **Entourage du patient** ».

Pour toute admission, il faut **obligatoirement** :

- Renseigner le nom de la personne à prévenir et ses coordonnées (téléphone et adresse en France et/ou à l'étranger) ;
- Faire préciser au patient les liens qui l'unissent à cette personne.

5. La désignation d'une personne de confiance

Toute personne majeure non protégée peut désigner une personne de confiance dont l'intervention ne se limite pas aux hospitalisations mais peut également se faire à l'occasion de soins à domicile ou au cabinet médical. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant. La personne de confiance sera consultée au cas où le malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

A chaque admission, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en décide autrement.

Si le patient vient à décéder, la personne de confiance n'a pas d'accès au dossier après le décès, sauf si elle est son ayant droit, dans les conditions prévues par la loi.

Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas aux personnes sous tutelle.

Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

6. Le dépôt d'argent ou de valeurs

Une fois le dossier d'admission terminé, le patient est invité :

- A effectuer auprès de l'administration le dépôt des sommes d'argent et objets de valeur en sa possession ;
- A signer une décharge pour les sommes d'argent ou les objets de valeur qu'il souhaite garder en sa possession durant son hospitalisation.

L'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets non déposés selon la procédure ci-dessus, sauf si une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il répond.

Cas particulier :

Lors de la constitution d'un dossier de soins externes, aucun document administratif n'est à faire signer.

7. Le traitement ou l'intervention concernant les mineurs

L'autorisation d'opérer doit être signée par la personne ayant l'autorité parentale ou son représentant légal.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégralité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

S'agissant de l'hypothèse où le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale peut ne pas être nécessaire,  fiche relative à l'admission du mineur, page 15.

8. Le cas particulier de l'admission en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

La procédure de l'accord préalable qui était obligatoire pour les admissions directes en soins de suite et de réadaptation a été suspendue lors de la canicule de l'été 2003. Cette suspension a été maintenue depuis, dans l'attente d'une solution réglementaire définitive.

S'agissant des transferts en soins de suite et de réadaptation, ils doivent donner lieu, dans un délai de 48 heures, à une information du contrôle médical de la caisse gestionnaire du malade. A cet effet, un **imprimé référencé SP 30** « Information Médicale d'Admission » doit être transmis au service de soins, afin d'être complété.

- Le volet 1 du SP 30 doit être conservé dans le dossier médical du patient ;
- Le volet 2 doit être adressé au centre d'affiliation de l'assuré.

A noter :

- L'hospitalisation en soins de suite pouvant être relativement longue, il est recommandé d'adresser au malade un relevé mensuel des sommes dues au titre du séjour si le malade n'est pas assuré social ou du forfait journalier s'il est assuré social ;
- Par ailleurs, pour les patients susceptibles d'être admis en soins de longue durée, il est recommandé aux services sociaux de leur remettre, ainsi qu'à leur famille, une notice d'information relative aux conditions tarifaires des unités de soins de longue durée et les engagent à constituer leur dossier d'admission, dans les meilleurs délais.

FICHE 1.2.2. Admission en psychiatrie

1. Les textes de référence

- **Code de la santé publique :**
 - o Articles [L 1111-3](#), [L 1111-6](#), [L 1111-7](#), relatifs aux droits des malades ;
 - o Articles [L 3211-11](#) à [L 3215-4](#) et [L 3223-1](#), relatifs à la lutte contre les maladies mentales ;
 - o Articles [L 3222-5](#), [L 3223-1](#), [R 3223-8](#) et [R 3223-9](#) relatifs aux commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ;
 - o Article [R 1112-56](#) relatif aux permissions de sortie.
- **Code de l'action sociale et des familles :**
 - o Articles [L 442-1](#) et [L 443-10](#) relatifs à l'accueil familial thérapeutique.
- **Code de la sécurité sociale :**
 - o Article [L 174-4](#) relatif au forfait journalier ;
 - o Articles [R 174-5-1](#) et [R 174-5-2](#) relatifs au forfait journalier dans un service de psychiatrie.
- **Arrêté du 27 décembre 2004** fixant les montants du forfait journalier hospitalier dans un service de psychiatrie, article 2.

2. L'admission en psychiatrie

Les articles [L 3211-11](#) et suivants du code de la santé publique prévoient trois modes d'admission :

- L'hospitalisation libre ;
- L'hospitalisation sur demande d'un tiers ;
- L'hospitalisation d'office.

Toute personne hospitalisée dans un service de psychiatrie a les mêmes droits que ceux décrits dans les articles [L 1111-1](#) et suivants du code de la santé publique, quel que soit son mode d'admission.

2.1. L'Hospitalisation Libre (HL)

Le patient est hospitalisé avec son consentement. Son admission a lieu dans les mêmes conditions qu'une admission normale (tout comme sa sortie).

C'est le seul régime d'hospitalisation des établissements psychiatriques privés.

2.2. L'Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (HDT)

Deux conditions préalables doivent être remplies (articles [L 3212-1](#) et suivants du code de la santé publique) :

- Les troubles du patient rendent impossible son consentement ;
- Son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante, en milieu hospitalier.

La demande d'admission doit être présentée :

- Soit par un membre de la famille du patient ;
- Soit par une personne agissant dans l'intérêt de celui-ci, à l'exception des personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil.

Cette demande doit être manuscrite et signée par le demandeur. Elle doit comporter :

- Les nom, prénom, profession, âge et domicile du demandeur et du patient ;
- La nature des relations existant entre eux et, s'il y a lieu, leur degré de parenté.

Enfin, cette demande doit être accompagnée de **deux certificats médicaux circonstanciés**, datant de moins de 15 jours, et attestant que les conditions nécessaires à l'hospitalisation sont bien remplies :

- Le 1^{er} certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient ;
- Le 2nd certificat médical peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil ;
- Les 2 médecins ne peuvent être ni parents ou alliés ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ni du patient.

Les décisions d'hospitalisation doivent être inscrites sur un registre détaillant notamment l'état civil, les conditions de l'admission et, le cas échéant, de la sortie des patients concernés (article [L 3212-11](#) du code de la santé publique).

La levée de l'HDT peut être obtenue à la demande d'un membre de la famille du patient (conjoint, ascendants, descendants majeurs), de la personne qui a signé l'admission, du curateur éventuel ou de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Toutefois, si le médecin de l'établissement y est opposé, il en informe le préfet du département qui peut ordonner un sursis provisoire ou, le cas échéant et si les conditions sont remplies, une hospitalisation d'office (article [L 3212-9](#) du code de la santé publique).

2.3. L'Hospitalisation d'Office (HO)

Elle ne peut être décidée que pour les patients dont les troubles mentaux « *nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* » (articles [L 3213-1](#) et suivants du code de la santé publique).

Elle doit être prononcée par le préfet de département (le préfet de police à Paris), par arrêté motivé, au vu d'un certificat médical circonstancié. Ce certificat médical ne peut pas émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Dans les 24 heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement doit transmettre au préfet (le préfet de police à Paris) et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

En cas d'urgence et de danger imminent pour la sûreté des personnes, c'est le maire (les commissaires de police à Paris) qui, au vu du certificat médical, prend les mesures provisoires nécessaires, à charge pour lui d'en informer le préfet de département dans les 24 heures. Ce dernier prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les conditions décrites ci-dessus.

Comme pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers, les arrêtés sont inscrits sur un registre détaillant notamment l'état civil et les conditions de l'admission et (le cas échéant), de la sortie des patients concernés (dernier alinéa de l'article [L 3213-1](#) du code de la santé publique).

Il ne peut être mis fin à l'HO que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement (article [L 3213-8](#)), attestant que le patient n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui. Le préfet doit, dans les 24 heures, en aviser le procureur de la République, le maire du domicile et la famille du patient.

3. Les permissions de sortie

Elles varient selon que les patients sont hospitalisés avec leur consentement ou non (article [L 3211-11-11](#) du code de la santé publique).

Les patients hospitalisés avec leur consentement

Ils peuvent bénéficier de « permissions de sortie », d'une durée maximum de 48 heures, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé. Ces permissions sont autorisées par le directeur de l'établissement, sur avis favorable du médecin chef de service.

Les patients hospitalisés sans leur consentement

Les patients hospitalisés sur demande d'un tiers ou hospitalisés d'office peuvent bénéficier de « sorties d'essai » ou « d'autorisations de sortie de courte durée » :

Les sorties d'essai ne peuvent dépasser 3 mois, renouvelables. Elles sont décidées :

- Pour les hospitalisés sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement, le bulletin de sortie d'essai étant visé par le directeur et transmis sans délai au préfet ;
- Pour les hospitalisés d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement.

La facturation est bien sûr suspendue pendant la sortie.

Les autorisations de sortie de courte durée ne peuvent dépasser 12 heures, le patient devant être accompagné d'un ou plusieurs membres du personnel pendant toute la sortie. Elles sont accordées par le directeur de l'établissement après avis du psychiatre. **Toutefois, pour les hospitalisés d'office**, le directeur doit avoir obtenu l'accord du préfet.

4. L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

L'accueil familial thérapeutique (AFT), régi par les articles [L 441-1](#) et suivants du code de l'action sociale et des familles, est une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet. Il organise la prise en charge des patients susceptibles de retirer un bénéfice d'un accueil dans un milieu familial, en vue notamment d'une restauration de ses capacités relationnelles et d'autonomie.

Il ne s'applique pas aux patients hospitalisés sur demande d'un tiers ou hospitalisés d'office.

Il ne peut être mis en œuvre que par les personnes agréées à cet effet et ayant signé un contrat d'accueil avec l'établissement hospitalier.

L'établissement rémunère les accueillants et facture au patient (ou à son organisme de prise en charge) le tarif journalier « placement familial ».

FICHE 1.2.3. Admission d'un mineur

1. Les principaux textes de référence

- Articles [L 1111-2](#), [L 1111-5](#), [L 2212-4](#), [L 2212-7](#), [L 3211-10](#), [L 3211-1](#), [L 3213-1](#), [L 3211-12](#) et [L 3213-9](#), [R 1112-34](#) à [R 1112-36](#) du code de la santé publique (CSP) ;
- Articles [371](#), [371-1](#), [372](#), [373-2-1](#) et [373-5](#) et [390](#) du code civil (CC), relatifs à l'autorité parentale ;
- Articles [D 132-1](#) à [D 132-5](#) du code de la sécurité sociale.

2. Définition de la majorité

2.1. L'âge de la majorité en France

L'âge de la majorité en France a été fixé à 18 ans par la loi du 5 juillet 1974.

2.2. Les exceptions

Emancipation par le mariage	Depuis la loi du 4 avril 2006 « L'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant dix-huit ans révolus. » (article 144 CC). Cependant, le procureur de la République peut accorder des dispenses d'âge pour motif grave (art. 145 CC) et, dans ce cas, le mineur est émancipé de plein droit par le mariage (article 476 CC).
La mère célibataire mineure	Mineure pour elle-même ; exerçant l'autorité parentale pour son enfant.
Les mineurs étrangers	Application de la majorité française. L'âge de la majorité est de 18 ans.
Le mineur émancipé sur demande des parents ou du conseil de famille	Le mineur peut être émancipé dès l'âge de 16 ans révolus, sauf en cas d'aliénation mentale, sur demande du père et de la mère, de l'un d'eux ou du conseil de famille, le cas échéant, par décision du juge des tutelles (art. 477 et 478 CC).

3. Application de l'autorité parentale

3.1. Les textes de référence

- [Article 371-1](#) CC¹ posant le principe de l'autorité parentale ;
- [Article 372](#) CC² posant le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale : « les père et mère exercent en commun l'autorité parentale ».

3.2. Les actes usuels et non usuels

L'attention des médecins est appelée sur le fait que ces notions n'ont pas été définies réglementairement et l'ont été très partiellement par la jurisprudence. Le seuil entre les actes usuels et non usuels est parfois difficile à établir.

¹ Art. 371-1 : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».

² Art. 372-2 : « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel ».

Actes usuels :

Actes de la vie quotidienne sans gravité : prescription ou geste de soin qui n'expose pas le malade à un danger particulier, tel que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).

☞ Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre **à l'égard du tiers de bonne foi** : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

Actes non usuels :

Actes considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale).

☞ Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

3.3. Qui exerce l'autorité parentale ?

Texte de référence :

Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 : régime commun pour toutes les familles => les parents exercent **en commun** l'autorité parentale (**article 372** du code civil), quel que soit le statut juridique du couple.

Il n'est donc plus nécessaire de distinguer :

- Enfant légitime (né de personnes mariées) ;
- Enfant naturel (né de personnes non mariées vivant en concubinage¹) ;
- Enfant né du couple parental (marié, pacsé, vivant en concubinage) ;
- Enfant né du couple séparé (divorcé, séparé de corps ou de fait).

Par exception au principe de l'autorité parentale conjointe, le juge des affaires familiales (JAF) peut confier cet exercice à l'un des deux parents dans l'intérêt de l'enfant (**article 373-2-1** CC).

Autres cas :

- L'enfant adopté (adoption simple ou plénière) : l'adoptant ou les adoptants, selon le cas, exercent l'autorité parentale ;
- L'enfant orphelin : le tuteur exerce l'autorité parentale (373-5 et 390 CC) ;
- L'enfant confié à un tiers : les parents continuent d'exercer l'autorité parentale, mais le tiers accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (art. 373-4 du code civil).

4. L'admission d'un mineur hors cas d'urgence

L'admission d'un mineur est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire, munie d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

¹ **Toutefois** la mère seule exerce l'autorité parentale si l'enfant avait plus d'un an au moment de la reconnaissance ou si ses parents ne vivaient pas ensemble au moment de la reconnaissance ; si l'enfant n'est reconnu que par un seul parent, c'est le parent qui a reconnu l'enfant qui exerce l'autorité parentale.

Les formalités administratives lors de l'admission

Il convient de :

- S'assurer de l'accord des titulaires de l'autorité parentale pour l'hospitalisation : si l'accompagnant n'est pas titulaire de l'autorité parentale, il faut joindre l'un des deux titulaires afin d'en obtenir un accord écrit ;
- Vérifier systématiquement l'identité des accompagnants et le régime d'exercice de l'autorité parentale, lors de l'admission ;
- Recueillir les coordonnées (adresse, téléphone) des deux titulaires de l'autorité parentale.

Si les soins et examens envisagés sont **usuels** (cf. page 15), la demande d'admission est recevable de la part **d'un seul** titulaire de l'autorité parentale.

Sauf cas particulier, si les soins envisagés sont **non usuels** (cf. page 15), l'accord des **deux titulaires de l'autorité parentale** est requis.

NB : les parents ne sont pas en droit de renoncer à l'exercice de l'autorité parentale (art. 376 du code civil). Toute délégation d'autorité parentale ne peut avoir lieu que par décision de justice avec ou sans l'accord des parents. Les parents ne peuvent donc pas donner autorisation à un directeur de colonie de vacances, à un proviseur de lycée ou à un éducateur de prendre toutes les décisions relatives à la santé de l'enfant. Une telle autorisation est illégale.

Les documents à joindre au dossier

Les pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale ou de l'émancipation	Carte d'identité du (ou des) titulaires de l'autorité parentale (une copie de ces documents est à conserver au dossier administratif).
	Le livret de famille.
	Les éventuelles décisions de justice de l'accompagnant (ordonnance du juge des enfants, etc.) ou du mineur se disant émancipé (décision du juge des tutelles ou mention du mariage sur un acte d'état civil).
Les pièces justifiant l'ouverture des droits	La carte vitale de la personne assurant l'enfant (carte Vitale de l'enfant de plus de 16 ans).
	Toute autre attestation de prise en charge (ex : aide médicale de l'Etat).
	Couverture complémentaire : carte mutuelle, couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).
La fiche individuelle d'admission : il est recommandé qu'elle soit signée par un titulaire de l'autorité parentale, cette formalité permettant d'attester la demande d'admission.	

5. L'admission d'un mineur en urgence

En cas d'urgence, toutes mesures utiles sont prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur hospitalisé en urgence soient prévenues.

Si elles ne peuvent pas être jointes, l'intervention chirurgicale peut être réalisée. Il est recommandé de respecter les formalités suivantes :

- L'urgence est constatée et l'intervention décidée par le médecin chef de pôle ou, à défaut, par le praticien ayant la responsabilité temporaire du pôle ;
- La décision d'opérer est consignée par écrit par le médecin qui pratique l'intervention qui mentionne en outre la « nécessité d'opérer en urgence » et précise la date et l'heure, son nom et sa signature ;
- Le directeur de l'établissement (ou l'administrateur de garde) est informé par le chirurgien de la nécessité de pratiquer l'intervention ; le procureur de la République doit en être informé ;
- Le document est contresigné, dans les meilleurs délais, par le directeur (ou l'administrateur de garde) qui précise sur le ce même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale.

Il est recommandé de compléter le dossier d'admission dès que le représentant légal a pu être contacté.

6. En cas de refus d'autorisation des parents

6.1. Hors cas d'urgence

En cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale (article [R 1112-35](#), 3^{ème} alinéa CSP).

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du pôle peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent (article [R 1112-35](#), dernier alinéa CSP).

6.2. En cas d'urgence

En cas d'urgence vitale, si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le directeur doit, sur avis du médecin, saisir le juge des enfants et/ou le procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative. Cependant l'autorisation du juge ou du procureur n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

7. Les situations particulières

Mineur relevant de la protection judiciaire de la jeunesse	L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier est prononcée respectivement à la demande du directeur de cet établissement ou à celle du gardien (article R 1112-34 alinéa 2 CSP).
Mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE)¹	L'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié à ce service par ses père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance (article R. 1112-34 alinéa 3 CSP). Le directeur adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin chef de pôle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation (article R 1112-36 CSP).
Admission prononcée en application d'une ordonnance du juge des enfants	Une ordonnance du juge des enfants compétent en matière d'assistance éducative est requise lorsque l'action ou l'abstention des parents met en danger la santé, la sécurité ou la moralité de leur enfant. Enfants maltraités ou refus d'admission d'un enfant en danger : aviser le directeur ou l'administrateur de garde de l'hôpital. Celui-ci saisira, en accord avec le praticien hospitalier, le juge des enfants, le juge aux affaires familiales ou le procureur de la république.

8. Les interruptions volontaires de grossesse

Références :

- Articles [L 2212-4](#) et [L 2212-7](#) du CSP ;
- Articles [D 132-1](#) à [D 132-5](#) du code de la sécurité sociale (CSS).

Le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant du représentant légal, doit être recueilli.

¹ Le mineur bénéficie de la CMU et CMUC, les démarches pour les obtenir pouvant être entreprises par la PJJ ou l'ASE, en lieu et place du représentant légal du mineur.

Si la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner par la personne majeure de son choix (par exemple : un membre de la famille, un proche, un membre d'une association, -un professionnel socio-éducatif...). Dans ce cas, tous les frais afférents à l'intervention sont pris en charge par l'assurance maladie, dans les conditions prévues aux articles [D 132-1](#) à [D 132-5](#) CSS.

Le refus d'hospitalisation

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. Ils ont cependant le droit de recevoir une information adaptée à leur âge et leur maturité et participer à la décision les concernant.

9. L'autorisation d'opérer et de soins

Référence : article [L 1111-2](#) du CSP relatif à l'information médicale (introduit par la loi n°2003-303 du 4 mars 2002).

L'information médicale est un droit de la personne et constitue une obligation pour tout professionnel de santé dans son domaine de compétence.

- **Détenteurs du droit à l'information pour le mineur** : les titulaires de l'autorité parentale ;
- **Contenu** de l'information : l'information doit porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, les autres solutions possibles.

Quel que soit l'âge du mineur, le médecin doit lui fournir une information sur son état de santé. Cette information devra être adaptée à l'âge, la maturité et le degré de compréhension du mineur. Le mineur pourra ainsi, le cas échéant, participer aux décisions le concernant.

L'autorisation d'opérer (article [R 1112-35](#) du CSP)

- Une autorisation écrite d'opérer est demandée à la personne exerçant l'autorité parentale, aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire ;
- Si, en raison de l'éloignement des détenteurs de l'autorité parentale, ou pour toute autre cause, il est prévisible que cette autorisation ne pourra être obtenue à bref délai, elle sera sollicitée dès l'admission. Elle portera non seulement sur l'opération elle-même mais également sur les actes liés à cette opération ;
- Cette autorisation est demandée, que l'hospitalisation soit programmée ou décidée en urgence ;
- Elle est signée dans le service de soins au moment de l'admission ou au domicile dans le cas d'admission programmée (jointe à la convocation envoyée au domicile) ;
- En signant cette autorisation, les personnes titulaires de l'autorité parentale autorisent le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale, une anesthésie, des radiographies, des actes invasifs. Il est recommandé que ce document précise que les signataires ont été informés des risques éventuels liés à ces actes.

L'autorisation est en principe signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale.

Elle n'est signée que par un seul parent :

- Lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale ;
- Lorsque l'un des deux ne peut être physiquement présent : dans ce cas, une indication doit être inscrite dans le dossier de l'enfant.

10. La sortie du mineur

La personne exerçant l'autorité parentale doit être informée de la sortie prochaine du mineur.

Elle doit préciser si le mineur :

- Peut quitter seul l'établissement ;
- Doit lui être confié ;
- Peut être confié à une tierce personne, qu'elle aura expressément autorisée.

Dans ces deux derniers cas, des justificatifs doivent être exigés pour permettre la sortie du mineur (pièce d'identité de la personne emmenant l'enfant, extrait du jugement). Il est recommandé de conserver la photocopie de ces documents dans le dossier du malade.

Ces formalités s'appliquent également aux permissions accordées au cours d'un séjour hospitalier. Il est précisé que le mineur ne peut dans ce cas sortir seul.

11. La reconnaissance d'un droit au secret au profit des mineurs

Il résulte de l'article [L 1111-5](#) du CSP (issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades) que le mineur dispose, dans certaines hypothèses, d'un droit lui permettant, en accord avec le médecin, de ne pas révéler aux titulaires de l'autorité parentale certains traitements ou certaines interventions concernant sa santé.

L'article [L 1111-5](#) distingue deux hypothèses :

1/ La première hypothèse concerne la situation d'un mineur dont le traitement ou l'intervention en cause apparaissent **indispensables pour sauvegarder sa santé** et qui souhaite garder le secret sur ce traitement ou cette intervention. La notion de nécessité thérapeutique reste imprécise, mais il est certain que sont exclus de ce champ, par exemple, les interventions de chirurgie esthétique. Il convient de souligner :

- Qu'il n'est pas prévu d'âge minimum pour permettre au mineur de se prévaloir de ce droit de demander le secret ;
- Que le médecin n'est pas tenu d'accepter la demande du mineur. Il l'apprécie en opportunité.

Si le médecin est disposé à accéder à la demande du mineur, certaines conditions sont fixées par la loi :

- D'une part, le médecin doit au préalable s'efforcer de convaincre le mineur d'accepter la consultation de ses parents ;
- D'autre part, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure qu'il aura choisie.

2/ La seconde hypothèse correspond à celle des mineurs « dont les liens de famille sont rompus », qui bénéficient à titre personnel du remboursement en matière d'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi créant la CMU : dans ce cas, leur seul consentement est requis.

CAS			Personne autorisant l'admission
Hors urgence	Mineur cas « normal »	Actes usuels	Un parent
		Actes non-usuels	Deux parents
	Enfant adopté	Actes usuels	Adoptant
		Actes non-usuels	Adoptant ou adoptants
	Orphelin	Actes usuels	Tuteur légal
		Actes non-usuels	Tuteur légal
	Mineur relevant de la protection judiciaire de la jeunesse	Actes usuels	Directeur d'établissement d'éducation ou gardien
		Actes non-usuels	Directeur d'établissement d'éducation ou gardien
	Mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE)	Actes usuels	Père/mère/tuteur : si placé par lui/elle dans le service d'ASE
		Actes non-usuels	ou ASE : autres cas ou père/mère/tuteur ayant placé l'enfant au service d'ASE injoignables
Urgence	Admission prononcée en application d'une ordonnance du juge des enfants	Actes usuels	Juge des enfants, juge aux affaires familiales ou procureur de la République
		Actes non-usuels	Juge des enfants, juge aux affaires familiales ou procureur de la République
	Interruption volontaire de grossesse	Cas général	Un parent
		Sous secret	Une personne majeure, choisie par la mineure (membre de la famille, proche, membre d'une association ou professionnel socio-éducatif) l'accompagne
		Personne(s) exerçant l'autorité parentale « contactable(s) »	Personne(s) exerçant l'autorité parentale
		Personne(s) exerçant l'autorité parentale non « contactable(s) »	Le médecin chef de service ou à défaut par le praticien ayant la responsabilité temporaire du service et Directeur d'hôpital : information du procureur de la République
		Refus d'autoriser les soins nécessaires	Le directeur doit, sur avis du médecin du service, saisir le procureur de la République, mais son autorisation n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

FICHE 1.3. Patient en secteur libéral d'un praticien statutaire exerçant à temps plein

1. Les textes de référence

- **Code de la santé publique :**
Partie législative :
 - o Articles [L 1111-3](#), [L 1233-2](#), [L 1234-3](#), [L 1242-2](#), [L 1244-5](#) ;
 - o Articles [L 6154-1](#) à [L 6154-7](#).*Partie réglementaire :*
 - o Articles [R 1112-21](#) et suivants, [R 6145-25](#), [R 6154-1](#) à [R 6154-10](#) ;
 - o Articles [D 6154-10-2](#) à [D 6154-10-3](#).
- **Code de la sécurité sociale :**
 - o Article [L 162-26](#).
- Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B N°2001-561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé ;
- Circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale ;
- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005.

2. Les modalités d'exercice de l'activité libérale

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils exercent, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. A cet effet, ils passent, pour une durée de 5 ans, **un contrat d'activité libérale avec leur établissement**. Ce contrat est approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement. Cette approbation vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Le contrat précise notamment les modalités d'exercice de l'activité libérale du praticien, qui doit, à titre principal, exercer une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

L'activité libérale peut concerner les consultations externes, les actes médico-techniques et les soins en hospitalisation (article [L 6154-2](#) du code de la santé publique). Toutefois :

- o La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- o Le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Elle ne peut concerner les activités de prélèvements d'organes et de tissus (articles [L 1233-2](#) et [L 1242-2](#) du code de la santé publique), de greffes (article [L 1234-3](#)) et de dons et utilisations de gamètes (article [L 1244-5](#)).

Enfin, « *aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale* ».

3. Les conditions d'accès aux soins exercés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein. Ce dernier doit, préalablement, leur préciser par écrit le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé. Il doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture.

En cas d'hospitalisation, cette option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé a pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix¹. A défaut, la responsabilité de l'établissement pourrait être mise en cause.

Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont également calculés selon les mêmes dispositions tarifaires, le praticien encaissant des honoraires en sus.

4. Les modalités d'encaissement des honoraires

Les praticiens exerçant une activité libérale peuvent percevoir leurs honoraires :

- Soit directement ;
- Soit par l'intermédiaire de **l'administration de l'hôpital** : les sommes sont alors encaissées par le régisseur qui les enregistre sur un quittancier particulier et les reverse au comptable du Trésor aux fins de comptabilisation sur le compte « Comptes individuels des praticiens ». Le praticien est tenu de fournir au directeur un état récapitulatif. L'établissement reverse mensuellement les honoraires au praticien. Les actes non encaissés ou partiellement encaissés en régie font l'objet d'un avis de recouvrement à l'encontre du patient concerné ; cet avis de recouvrement précise notamment le nom et l'adresse du patient, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires à facturer.

Pour les patients assurés sociaux, le praticien doit établir une feuille de soins et y porter, outre la cotation des actes réalisés, l'intégralité des honoraires demandés. Les patients seront remboursés de la part prise en charge par l'assurance maladie.

Dans le cas où le patient est dispensé, à un titre ou à un autre, de l'avance des frais, les praticiens transmettent leurs feuilles de soins à l'organisme gestionnaire dont dépend le patient. Toutefois, les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient.

¹ CAA Marseille – Assistance publique de Marseille c/Mme Tronçon – 7 avril 2005.

FICHE 1.4. Patient devant confier ses enfants à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) durant son hospitalisation

1. Les textes de référence

- Articles [L 221-1](#) et suivants, [L 222-1](#), [L.222-5](#), [L 223-1](#) et suivants, [L 226-1](#) et suivants du code de l'action sociale et des familles ;
- Articles [375](#) et suivants du code civil.

2. Les principes généraux d'admission à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'ASE est un service du département, chargé de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention, de protection et de lutte contre la maltraitance.

Elle peut notamment prendre en charge, sur décision du président du conseil général, « les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur mode de vie habituel et dont la situation requiert un accueil à temps complet ou partiel ». Il en est ainsi lorsque le(s) parent(s) hospitalisé(s) est(sont) dans l'incapacité de faire garder son (leur) enfant.

Les parents, aidés le cas échéant par le service social de l'établissement de santé, doivent contacter le service de l'ASE de leur domicile.

L'enfant sera alors placé soit en famille d'accueil, soit dans un établissement d'accueil proche de son domicile.

3. Les adresses utiles

Pour tout renseignement concernant l'organisation locale des services d'ASE, contacter :

- L'assistant social du secteur dont dépend le domicile des parents (s'adresser à la mairie pour en avoir les coordonnées) ;
- Le centre communal d'action sociale de son domicile (s'adresser à la mairie pour en avoir les coordonnées) ;
- Le service de l'aide à l'enfance à l'hôtel du département (conseil général).

FICHE 1.5. Accouchement secret

1. Les textes de référence

- Articles [57](#) et [326](#) du code civil ;
- Articles [L 147-6](#), [L 222-6](#), [L 223-7](#), [R 147-18](#), [R 147-20](#) à [R 147-24](#) du code de l'action sociale et des familles.

2. Le rappel des textes

Toute femme peut demander lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par l'établissement de santé. Elle doit alors être informée des conséquences de cette demande (☞ article [L 222-6](#) du code de l'action sociale et des familles) et de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité.

Cependant, afin de garantir le droit de l'enfant à connaître ses origines, la mère est invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance et, sous pli fermé, son identité. Ces formalités sont accomplies, sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé, par les personnes désignées par le président du conseil général comme correspondants départementaux du Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) ou, à défaut, par les gestionnaires de l'établissement de santé (☞ article [L 222-6](#) du code de l'action sociale et des familles).

L'identité de la mère peut être révélée dans les conditions prévues à l'article [L 147-6](#) du code de l'action sociale et des familles. Un document explicitant la procédure et ses droits est remis à la femme qui accouche sous le secret :

- La patiente peut bénéficier d'un accompagnement psychologique et social mis en œuvre par le conseil général (ASE ou PMI) ;
- Aucune pièce d'identité ne peut être exigée et il ne peut être procédé à aucune enquête ;
- Le pli contenant l'identité de la mère est recueilli par le correspondant départemental du CNAOP. Il est conservé sous la responsabilité du président du conseil général et versé au dossier de l'enfant ;
- Un double du document comprenant les renseignements laissés par la mère est remis à celle-ci par le correspondant départemental du CNAOP.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale du département siège de l'établissement de santé.

S'il s'agit d'une **mineure**, l'admission a lieu dans les **mêmes conditions**, sans autorisation du tuteur légal, l'identité de la personne ne pouvant être recueillie.

3. La constitution du dossier d'admission

Outre l'application de la procédure réglementaire ci-dessus :

- Un dossier anonyme est constitué avec un nom fictif, 2 prénoms et une date de naissance fictive. L'établissement de santé utilise les étiquettes avec cette identité ;
- Si la mère désire recevoir des visites ou être jointe par téléphone, elle doit elle-même communiquer ses coordonnées : numéro de chambre et/ou numéro de téléphone.

Si la patiente décide d'une maternité secrète en cours de grossesse ou au moment de l'accouchement, les séjours en lien direct avec la maternité doivent être rendus anonymes à partir de la demande.

Si l'enfant est reconnu dans un délai de trois jours par le père ou la mère décidant de ne pas confier son enfant en vue d'adoption, le séjour est réglé dans les conditions habituelles par celui des parents qui l'a reconnu.

4. Le nouveau-né

L'enfant a son propre dossier médical et pourra le consulter à tout moment de sa vie.

Un acte de naissance est remis à l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou à l'organisme autorisé pour l'adoption qui recueille l'enfant.

C'est un membre de l'équipe médicale qui fait la déclaration de naissance au bureau de l'état civil de l'hôpital ou, à défaut, au bureau d'état civil de la mairie. Aucune information n'est donnée sur l'identité du père ou de la mère. Cette déclaration n'est enregistrée par l'officier d'état civil que 3 jours après l'accouchement, au cas où la mère changerait d'avis.

L'assistant social de l'établissement de santé établit, en lien avec celui du conseil général, une attestation de remise d'enfant à l'ASE.

C'est un professionnel du centre départemental de l'enfance et de la famille qui vient chercher l'enfant. Son identité doit être vérifiée. Le transfert intervient en fonction du nombre de places disponibles et des heures d'ouvertures du centre.

Le conseil général établit un procès verbal de recueil de l'enfant comme pupille de l'Etat à titre provisoire.

FICHE 1.6. Sortie du patient

1. Les textes de référence

- Article [L 1111-5](#) du code de santé publique (CSP) relatif aux mineurs hospitalisés ;
- Article [R 1112-49](#) du CSP ;
- Articles [R 1112-56](#) à R 1112-67 du CSP relatif aux permissions de sorties ;
- Article [L 174-4](#) du code de la sécurité sociale (CSS) concernant le forfait journalier.

2. La sortie en fin de séjour

2.1. La décision de sortie

La sortie est, comme l'admission, prononcée par le **directeur de l'hôpital sur avis conforme du praticien hospitalier chef de service ou de son représentant**.

Le chef de service peut décider de le faire transférer dans un autre centre hospitalier, ou dans un établissement dispensant des Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR), ou dans une unité de soins de longue durée (USLD) (☞ fiche « [aide sociale aux personnes âgées](#) », page 88), ou tout autre établissement adapté à son cas.

Selon les cas, sur prescription médicale (formulaires S3138 et S3139) et selon l'état du patient, la sortie peut avoir lieu en taxi, en ambulance, ou en véhicule sanitaire léger (VSL) (☞ fiche « [transports](#) », page 65).

2.1.1. La sortie des malades adultes

La sortie donne lieu à remise, par le bureau des entrées, de **bulletins de situation**, après vérification et mise à jour des informations contenues dans le dossier d'admission (☞ fiche « [admission du patient](#) », page 8). Ceux-ci sont destinés à l'employeur, aux caisses de sécurité sociale et à l'établissement d'accueil en cas de transfert. Ils indiquent les dates de séjour sans information d'ordre médical.

Avant de quitter l'établissement, le malade doit s'acquitter des frais éventuels lui incombant après prise en charge de sa caisse d'assurance maladie et de sa mutuelle.

Il doit également régler tous les frais annexes tels que télévision, téléphone, repas, lits d'accompagnant, chambre particulière, etc.

Pour information et sur demande du patient, un « **bon de valorisation** » faisant apparaître le coût complet du séjour (hors frais annexes) peut être délivré.

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil d'administration, à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement les résultats de l'exploitation de ces documents. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (☞ article [R 1112-67](#) du CSP).

En cas de dépôt de valeurs, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter pour effectuer le retrait soit sur place à la régie soit à la trésorerie de l'établissement.

2.1.2. La sortie des mineurs

La sortie d'un mineur peut être effectuée par **ses parents ou toute personne investie de l'autorité parentale** (article [R 1112-57](#) du CSP) ou, sur présentation de pièces justificatives, par une personne autorisée par le mineur (article [R 1111-5](#) du CSP).

Pour les autres cas, ☞ page 29.

2.1.3. La sortie du nouveau-né

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable du service, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

2.2. L'autorisation de sortie ou permission

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie (article [R 1112-56](#) du CSP).

2.2.1. L'autorisation accordée aux malades adultes

L'autorisation de sortie est prévue par l'article [R 1112-56](#) du CSP.

Elle implique un accord signé du directeur sur avis favorable du médecin chef de service.

Elle ne peut excéder 48 heures. Si le patient n'est pas rentré en temps voulu il est considéré comme sortant (sauf cas de force majeure). A défaut, il retrouve son lit sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle admission.

Les journées passées en permission ne sont pas facturables.

2.2.2. L'autorisation accordée aux mineurs

Les mineurs bénéficient de permissions de sortie dans les mêmes conditions que les adultes. Ils sont confiés à leurs parents ou au titulaire de l'autorité parentale de la même façon et en suivant les mêmes règles que pour une sortie normale (§ 2.1.2.).

Droit au secret reconnu aux mineurs : ☞ fiche relative à l'« [admission du mineur](#) », page 15.

3. Les cas particuliers de sortie

Les patients peuvent quitter l'hôpital à tout moment sur leur demande. Si leur départ est susceptible de présenter un danger pour leur santé, le médecin chef de service peut donner un avis défavorable à ce départ (article [R 1112-62](#) du CSP).

3.1. La sortie contre avis médical

Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale. Si la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service en plus de la procédure de décharge saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information de ses parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale, elle ne peut avoir lieu qu'avec une personne majeure, le procureur de la République informé par le médecin responsable.

Si le malade refuse de signer la décharge, un procès verbal de refus signé par deux témoins doit être établi ; celui-ci tient alors lieu de décharge.

☞ Pour informations complémentaires relatives au mineur, cf. fiche « [admission du mineur](#) », page 8.

3.2. La sortie à l'insu du service

Si un malade quitte l'hôpital sans prévenir, il convient, si les recherches entreprises à l'intérieur et aux abords de l'établissement sont restées vaines :

- De constater la « fugue » et, si la situation l'exige, d'informer le commissariat de police ;
- D'informer la famille sauf pour les mineurs opposés à l'information de ses parents (ou du titulaire de l'autorité parentale) sur leur hospitalisation ;
- D'écrire au domicile du malade afin de l'aviser des risques qu'il encourt.

Le malade doit être porté sortant d'office et les modalités de sortie consignées dans le dossier médical.

3.3. La sortie disciplinaire

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, si l'état de santé du patient le permet, jusqu'au prononcé de la sortie.

FICHE 1.7. Décès

1. Les textes de référence

- Code général des collectivités territoriales : articles [L 2223-19](#), [L 2223-27](#), [R 2213-7](#) à [R 2213-12](#), [R 2223-71](#) et [R 2213-46](#) ;
- Code de la santé publique : articles [L 1232-1](#), [L 1232-2](#) à [L 1232-5](#), [R 1112-68](#) à [R 1112-76-2](#) ;
- Code de la sécurité sociale : article [D 162-8](#) ;
- Arrêté du 23 mars 2007 fixant la liste des structures et actes pris en charge par la dotation de financement des MIGAC (dont les centres de référence pour la mort subite du nourrisson) ;
- Circulaire DGS/DH/225/2DB du 14 mars 1986 relative à la mise en place des centres de référence régionaux pour la mort subite du nourrisson.

2. Les formalités lors de la survenue d'un décès

Le décès est constaté par certificat médical.

Ce document est transmis au service de gestion administrative des patients qui vérifie notamment :

- L'orthographe des nom et prénom(s) ;
- La date de naissance ;
- La présence des tampons, signatures et dates sur le certificat de décès.

Après vérification, il inscrit le décès sur un registre des déclarations de décès.

L'original de la déclaration de décès est remis à la famille ou à une personne habilitée(e). Cette dernière doit déclarer le décès au bureau d'état civil de la mairie de résidence de la personne décédée.

3. Les formalités de transport du corps

Une autorisation de transport de corps est indispensable, même entre deux sites hospitaliers relevant du même établissement. Cette autorisation est délivrée par le maire de la commune où a eu lieu le décès.

Le transport de corps doit être effectué au moyen de véhicules spécialement aménagés et réservés aux transports mortuaires.

Le transport peut avoir lieu :

- Après mise en bière ;
- Sans mise en bière. Dans ce cas, il ne doit pas s'écouler plus de 24 heures entre l'heure du décès et l'heure d'arrivée du corps à destination. Ce délai est porté à 48 heures si le corps a fait l'objet de soins de conservation.

Même si ces conditions sont respectées, le médecin du service dans lequel le patient est décédé peut s'opposer à la sortie dans les cas suivants :

- L'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- Le patient est atteint d'une des maladies contagieuses figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel.

4. Les cas particuliers

4.1. La mort subite inexpliquée du nourrisson

Si les parents ont accepté l'autopsie, la gestion des transports, des examens cliniques, biologiques, anatomopathologiques, etc. est assurée par des centres de référence régionaux, sans participation financière des familles. Les charges correspondantes sont financées par la dotation nationale de financement des MIGAC (arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article [D 162-8](#) du code de la sécurité sociale).

4.2. Les fœtus mort-nés et nouveaux-nés décédés

Trois cas doivent être distingués :

- Lorsque l'enfant a donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation doit s'effectuer à la charge de la famille ;
- S'agissant des enfants « sans vie » (enfants nés vivants mais non viables, ou mort-nés après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids d'au moins 500 grammes), la famille peut procéder à sa charge à l'inhumation ou à la crémation du corps (la commune pouvant aider financièrement les familles en difficulté) ;
- S'agissant de fœtus dont le terme est inférieur à 22 semaines d'aménorrhée et le poids inférieur à 500 grammes, le corps est incinéré dans un crématorium, à la charge de l'hôpital. Il est toutefois possible aux familles, si la commune l'accepte, de faire procéder à l'inhumation dans un cimetière communal. A cet effet, l'hôpital fera procéder à l'inscription de l'enfance sur le registre de la mairie dont dépend l'hôpital.

4.3. Les décès sans famille

L'établissement de santé doit tenter de retrouver une famille : recherche du lieu de naissance ou d'un acte de naissance, etc., la famille ou, à défaut, les proches disposant d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée.

Parallèlement, l'établissement :

- Transmet la déclaration de décès au bureau d'état civil du lieu de résidence du patient décédé ;
- Prévient le procureur de la République, avec copie au greffier du tribunal de grande instance.

En cas de non réclamation du corps dans le délai de 10 jours (articles [R 1112-75](#) et [R 1112-76](#) du code de la santé publique), l'établissement dispose de 2 jours francs « pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes », c'est la commune qui prend en charge les frais d'obsèques (article [L 2223-27](#) du code général des collectivités territoriales).

4.4. Le prélèvement d'organes

Les prélèvements d'organes sur personnes décédées peuvent avoir :

- Des fins thérapeutiques (transplantations) ;
- Un but scientifique (autopsies).

Ils ne peuvent intervenir que sous certaines conditions (articles [L 1232-1](#) et suivants du CSP).

- Le constat de la mort, dans les conditions définies aux articles [L 1232-3](#) et [L 1232-4](#) du code de la santé publique ;
- **Le consentement de la personne décédée :**
 - Le donneur est une personne majeure :

Le prélèvement est possible dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus (article L.1232-1, alinéa 2 du CSP). La volonté du défunt peut être directement connue, soit par le port d'une carte de donneur d'organes, soit par un refus enregistré au registre national automatisé des refus de prélèvement. Dans l'hypothèse où le médecin n'a pas directement connaissance des volontés du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage des proches (il doit être tenu compte notamment de la religion de la personne décédée, certaines d'entre elles n'acceptent pas le prélèvement d'organes).

Dans tous les cas et avant tout prélèvement, il convient d'interroger le registre national automatisé des refus de prélèvement.

- Le donneur est une personne mineure ou majeure sous tutelle :

Pour les **mineurs**, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'avec l'accord écrit de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou, en cas d'impossibilité de consulter l'un d'eux, par le seul consultable.

Pour les **majeurs sous tutelle**, l'accord du tuteur par écrit est nécessaire au prélèvement.

Pour les prélèvements liés à la recherche des causes du décès, en dehors du cadre judiciaire, le régime du consentement est par principe identique à celui qui vient d'être décrit. Mais une dérogation au principe d'opposition au prélèvement est permise, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence de tous autres procédés permettant d'obtenir un diagnostic certain sur les causes de la mort.

Il faut enfin préciser que quelle que soit la finalité du prélèvement, l'article [L.1232.5](#) du CSP impose aux médecins de s'assurer de «la meilleure restauration possible du corps».

Cas particuliers :

- **Victime d'un accident de travail ou maladie professionnelle** : le prélèvement n'est possible qu'avec l'accord du contrôle médical de la caisse de sécurité sociale et de la famille. Il faut alors en informer le procureur de la République du tribunal d'instance.
- **Prélèvements liés à la recherche des causes du décès, dans le cadre judiciaire** :
 - **Victimes d'un accident de la voie publique** : le prélèvement peut être effectué mais il faut en référer au procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de l'accident ;
 - **Victimes de crime, suicide ou mort suspecte** : le prélèvement ne peut avoir lieu qu'avec l'autorisation expresse du procureur de la République du tribunal de grande instance.

Dans tous les cas, il faut en informer le directeur ou l'administrateur de garde, chargé d'interroger le registre national automatisé des refus, par un document écrit.

5. Les dons de corps à la science

Toutes les personnes majeures, qui ne sont pas sous tutelle, peuvent donner leur corps à la science. La famille n'a aucun droit de regard sur cette démarche.

Le donateur doit en formuler personnellement la demande de son vivant, par une déclaration manuscrite sur papier libre, datée et signée. Elle doit être adressée à des facultés de médecine comportant un service de don du corps, le donateur pouvant choisir l'établissement auquel le corps devra être remis.

A réception du formulaire, une carte de donateur est envoyée, le donateur devant la signer et la porter sur lui.

In fine, l'acceptation du don de corps est effectuée par l'établissement donataire. A tout moment, une personne ayant souhaité donner son corps peut revenir sur sa décision.

- La déclaration de décès est celle appliquée habituellement ;
- Le service de gestion administrative des patients devra conserver la photocopie de la carte de donateur (traçabilité) ;
- L'établissement destinataire doit être avisé du décès ;
- Il ne doit pas s'écouler plus de 24 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement destinataire. Ce délai est porté à 48 heures si l'établissement où se produit le décès dispose d'équipements permettant la conservation des corps ;
- Le corps ne sera transporté qu'après vérification de l'extrait de certificat médical prouvant que le décès est exempt de tous problèmes médico-légaux (maladies contagieuses ou homicides par exemple) ;
- Les frais d'inhumation ou de crémation sont à la charge de l'établissement destinataire.

FICHE 1.8. Détermination du débiteur (hors assurance maladie obligatoire ou complémentaire)

FICHE 1.8.1. Le débiteur est le patient

1. Les textes de référence

- Article [L 162-21](#) du code de la sécurité sociale ;
- Articles [R 115-1](#) et [R 115-2](#) du code de la sécurité sociale ;
- Articles [L 6416-5](#) et [R 6145-4](#) du Code de la santé publique ;
- Instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007 ;
- Circulaire interministérielle NOR ECOR9806010C du 18 juin 1998.

2. La problématique générale de la détermination du débiteur lorsqu'il est le patient

Par « débiteur », il faut entendre la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle le titre est émis. En matière de titres de recettes hospitaliers, il peut s'agir du malade lui-même ou de ses ayants cause tenus au paiement, soit en vertu des principes de droit commun (parents, héritiers...), soit en vertu des règlements ou de conventions (se référer à la fiche « Détermination des débiteurs autre que le patient », page 35).

La détermination du débiteur et le recueil d'informations précises et vérifiées constituent les premières étapes du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers.

En conséquence, dès l'admission du patient, les services administratifs de l'établissement doivent recueillir toutes les informations utiles sur l'identité du patient et vérifier s'il bénéficie de droits ouverts auprès d'organismes tiers payants.

Important : il est rappelé que l'article [L 162-21](#) alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale permet aux établissements publics de santé de demander à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. Cette formalité complète utilement la vérification des droits à l'assurance maladie opérée par la lecture de la carte Vitale.

Des compléments peuvent être consultés à l'instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007, pour ce qui concerne les établissements publics de santé.

3. Le patient lui-même

Principe : lorsque les frais de séjour du patient ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par un dispositif de protection sociale relevant de l'assurance maladie, de l'État ou de tout autre organisme public ou privé, le patient doit souscrire un engagement de payer et verser une provision au moment de son entrée.

Le principe vaut pour tous les patients, français ou étrangers, recevant des soins dans un établissement de santé situé en métropole ou dans les départements et collectivités d'Outre-mer.

S'il n'est pas en mesure de justifier de sa prise en charge par un organisme tiers payant, le patient doit, sur le fondement de l'article [R 6145-4](#) du code de la santé publique, souscrire un engagement de payer. **Sauf dans les cas d'urgence**, il est tenu de verser au moment de son entrée dans l'établissement, une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Les services administratifs des établissements doivent être bien informés des conditions dans lesquelles l'engagement de payer peut être proposé ainsi que sur la rédaction de ce document, dans la mesure où un tel engagement permet, le cas échéant, la mise en cause du redevable domicilié à l'étranger sur le fondement d'un document où il reconnaît sa dette.

Cette disposition s'applique également aux Français résidant à l'étranger et aux ressortissants communautaires non couverts par un régime de sécurité sociale.

Cas particulier de Mayotte : à Mayotte, les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie de Mayotte ni à un régime d'assurance maladie de métropole ou des Départements d'Outre-Mer (DOM) et dont les frais ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par l'État, sont tenues de déposer une provision financière dont le montant est fixé par arrêté du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (article [L 6416-5](#) du code de la santé publique).

4. L'identification juridique du patient

4.1. Les aspects réglementaires

Les services d'admission doivent veiller à recueillir auprès du patient toutes les informations nominatives nécessaires à la qualité de la facturation et des actions de recouvrement. A ce titre, l'identification précise du débiteur demeure une condition déterminante de l'efficacité de l'encaissement de la recette correspondante.

Pour les établissements publics de santé, au terme de la circulaire interministérielle NOR ECOR9806010C du 18 juin 1998, le titre de recettes doit comporter une certain nombre de mentions obligatoires afin qu'il puisse être recouvré dans des conditions optimales. Parmi ces mentions obligatoires, figure la désignation précise et complète du débiteur pour éviter toute hésitation sur son identité et faciliter la tâche du recouvrement (pour les personnes physiques : nom, prénom, adresse).

Par ailleurs, outre les renseignements généraux sur l'identité du malade, les informations sur les ayants cause et la durée du séjour pourront opportunément être communiquées au service comptable.

Enfin, le numéro de sécurité sociale (articles [R 115-1](#) et [R 115-2](#) CSS) peut également être communiqué au comptable de l'établissement, qui, le cas échéant, en fera usage dans les limites fixées par la CNIL.

4.2. Les bonnes pratiques

La saisie des nom, prénoms, civilité, adresse (etc.) doit être normalisée autant que faire se peut, notamment en unifiant les pratiques de saisie : ne pas alterner Monsieur / M. / Mr (...) et préférer directement la saisie du nom du débiteur dès le premier caractère. Il est recommandé aux établissements publics de santé de se rapprocher des services de leur comptable de manière à fixer de manière conjointe et normalisée les modalités d'établissement et de communication de ces informations majeures.

FICHE 1.8.2. Le débiteur n'est pas le patient

1. Les textes de référence

- Articles [203](#), [205](#), [206](#), [207](#), [212](#), [371-1](#), [371-2](#), [1326](#) du code civil ;
- Articles [L 211-1](#) et [R 121-3](#), [R 121-4](#), [R 211-29](#), [R 313-22-1](#) et [R 314-1-1](#) du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Articles [L 6145-11](#) et [R 6145-4](#) du code de la santé publique ;
- Instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007.

2. La problématique générale de la détermination du débiteur autre que le patient

La détermination du débiteur et le recueil d'informations précises et vérifiées constituent les premières étapes du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers.

En conséquence, dès l'admission du patient, les services administratifs de l'établissement doivent recueillir toutes les informations utiles sur l'identité du patient (voir fiche relative aux procédures de prise en charge, page 42) et la qualité de ses débiteurs et vérifier s'il bénéficie de droits ouverts auprès d'organismes tiers payants.

Deux catégories de débiteurs autres que le patient doivent être envisagés lors de l'admission du patient, dès lors que le patient ne justifie pas d'une prise en charge de ses frais hospitaliers par une caisse d'assurance maladie, l'Etat ou une autre institution : il s'agit des débiteurs volontaires et des débiteurs désignés par la loi.

Des compléments peuvent utilement être consultés dans l'instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007, pour ce qui concerne les établissements publics de santé.

3. Le débiteur volontaire du patient

Dans l'hypothèse où des tiers, personnes privées, ont pris l'engagement de régler les frais du patient, dans le cadre d'une hospitalisation, l'établissement peut les mettre en cause dans le respect des conditions décrites ci-dessous. Il est donc impératif que les services d'admission soient attentifs lors de la production des documents formalisant cet engagement.

3.1. Les signataires d'un engagement de payer

L'établissement doit, sur le fondement de l'article [R 6145-4](#) du code de la santé publique, faire souscrire un engagement d'acquitter les frais de toute nature à la famille ou à un tiers responsable dans l'hypothèse où le patient n'a pas accompli lui-même cette formalité. Cet engagement de payer est fait au moyen d'un acte unilatéral. Il a pour double objectif d'identifier le payeur et de sécuriser le paiement.

L'établissement s'assure ainsi par voie amiable du consentement au paiement des frais.

Conditions de validité	Portée	Recommandation
Personnes concernées par l'engagement de payer : les personnes légalement débitrices	Un établissement public de santé ne peut pas légalement émettre un ordre de recettes ou un état exécutoire à l'encontre d'une personne en sa seule qualité de signataire d'un engagement de payer. Pour être valable, le signataire doit être l'une des personnes légalement débitrices visées à l'alinéa 1 de l'article L 6145-11 du code de la santé publique, c'est-à-dire l'hospitalisé, ses débiteurs ainsi que les personnes désignées aux articles 205, 206, 207 et 212 du code civil (obligés alimentaires) ¹ .	Veiller au respect de la qualité des personnes signataires des engagements.
Forme de l'engagement de payer : les mentions obligatoires	Il doit respecter les conditions prévues à l'article 1326 du code civil et comporter la mention manuscrite de la somme prévisionnelle pour laquelle il s'engage, en toutes lettres et en chiffres, portée par le signataire de l'engagement. S'agissant d'engagements indéterminés, il suffit de faire figurer sur le document une mention manuscrite exprimant de façon explicite et non équivoque, la connaissance et l'étendue de l'obligation contractée ² .	Être très attentif aux modalités d'établissement de l'engagement que les juges apprécient avec grande rigueur.
Information du signataire	Le signataire doit être pleinement informé du tarif pratiqué et, d'autre part, de ce que l'admission en urgence n'est pas subordonnée à l'engagement.	Faire inscrire une mention relative au montant du tarif susceptible d'être facturé en fonction des conditions de prise en charge médicale du patient et du régime choisi, et informer le signataire qu'une admission en urgence n'est pas subordonnée à un tel engagement ³ .

3.2. Les assureurs (l'obligation d'assurance des étrangers en situation régulière en France)

L'article [L 211-1](#) du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile fait figurer, parmi les conditions d'entrée et de séjour en France d'un étranger (sous réserve des conventions internationales), la production de documents relatifs « *d'une part, à l'objet et aux conditions de son séjour et, d'autre part, s'il y a lieu, à ses moyens d'existence, à la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'ils pourraient engager en France, ainsi qu'aux garanties de rapatriement* ».

¹ Avis Conseil d'Etat sur la portée de l'engagement de payer (avis CE 28/7/95 KILOU c/ AP n° 168438 Rec.).

² CASS, Civ. 1ère, 22 févr. 1984 JCP 1985 II 20442.

³ CAA de Paris, 21 décembre 1993, Centre hospitalier François QUESNAY n° 92 PA 00342.

Les articles [R 121-3](#), [R 121-4](#), [R 313-22-1](#) et [R 314-1-1](#) du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile précisent l'obligation pour un étranger de disposer d'une assurance maladie. L'article [R 211-29](#) de ce même code prévoit que « **le contrat d'assurance souscrit par l'étranger ou par l'hébergeant pour le compte de celui-ci doit couvrir, à hauteur d'un montant minimum, fixé à 30 000 euros, l'ensemble des dépenses médicales et hospitalières y compris d'aide sociale, susceptibles d'être engagées pendant toute la durée du séjour en France** ».

Il est recommandé de s'assurer pendant la durée du séjour hospitalier de l'effectivité de cette prise en charge.

3.3. Les séjours motivés par une hospitalisation

En matière de séjours motivés par une hospitalisation, les services consulaires peuvent demander aux étrangers de présenter, pour être admis sur le territoire français, tout document justifiant qu'ils satisfont aux conditions requises par l'article [R 6145-4](#) du code de la santé publique, c'est-à-dire qu'ils se sont acquittés du versement d'une provision en cas d'hospitalisation programmée.

Attestation d'accueil et engagement de l'hébergeant

Les articles [L 211-3](#) et [L 211-4](#) du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile prévoient, pour l'étranger qui souhaite séjourner en France pour une durée n'excédant pas 3 mois, l'obligation de produire, préalablement à son entrée en France, un justificatif d'hébergement prenant la forme d'une attestation d'accueil. L'attestation d'accueil est accompagnée de l'engagement de l'hébergeant de prendre en charge les frais de séjour en France de l'étranger au cas où celui-ci n'y pourvoirait pas.

La juridiction administrative a estimé que la souscription de cet engagement de payer ne porte légalement que sur les possibilités d'hébergement. **Il ne peut donc pas servir de fondement au recouvrement des frais d'hospitalisation à la charge de la personne accueillie.**

- Un centre hospitalier ne saurait dès lors légalement émettre un titre de recettes ou un état exécutoire à l'encontre d'un hébergeant pris en sa qualité de signataire du certificat d'hébergement (TA Châlons-sur-Marne 17/10/96 n° 95-284). Il en va de même *a fortiori* du signataire d'une attestation d'accueil ;
- Il convient donc pour les services d'admission d'être particulièrement attentifs en cas de production de ce type de document dont la portée juridique est insuffisante en termes de recouvrement hospitalier.

4. Le débiteur désigné par la loi

Le principe : aux termes de l'article [L 6145-11](#) du code de la santé publique, « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours s'il y a lieu contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles [205](#), [206](#), [207](#) et [212](#) du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

Le recours peut être exercé par l'établissement contre¹ :

- Les **débiteurs alimentaires** du patient désignés aux articles [205](#), [206](#) et [207](#) du code civil ;
- Les **débiteurs de secours** désigné à l'article [212](#) du code civil ;
- Le cas échéant, contre les autres débiteurs du patient : les **débiteurs d'une obligation d'entretien** (les parents au titre de l'article [203](#) du code civil), les **débiteurs solidaires du patient** en vertu de la loi (la solidarité entre époux pour les dettes du ménage de l'article [220](#) du code civil).

Les services administratifs des établissements doivent donc veiller à recueillir les informations utiles et engager le plus rapidement possible les actions nécessaires, en particulier à l'encontre des obligés alimentaires pour lesquels s'applique la règle « aliments ne s'arrangent pas »².

¹ Certains débiteurs cumulent les causes légales en vertu desquelles ils sont tenus de payer les frais relatifs aux soins prodigués à un patient. C'est le cas, par exemple, des parents pour leurs enfants mineurs et des enfants à l'égard de leurs parents.

² La règle « aliments ne s'arrangent pas » est une règle jurisprudentielle (Cass. Civ.1ère, 5 février 1991). Elle signifie que le recours contre les débiteurs alimentaires doit être exercé dès la naissance du *besoin de soin* du créancier d'aliments (le

4.1. Les parents de l'enfant mineur

Le paiement des frais relatifs aux soins prodigués à un enfant mineur peut être demandé aux parents de ce dernier en vertu de plusieurs fondements suivants.

L'obligation d'entretien des parents envers les enfants (article [203](#) du code civil)

Ce sont les parents titulaires de l'autorité parentale aux termes des articles [371-1](#) et [371-2](#) du code civil qui demandent l'admission, sauf nécessité ou perte de l'autorité, d'un mineur dans un établissement public de santé. L'autorité parentale appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité et sa santé. Ces prérogatives ne peuvent s'exercer sans implication pécuniaire, de sorte qu'il existe une obligation d'entretien prévue par l'article [203](#) du code civil, plus large que l'obligation alimentaire, les époux devant nourrir, entretenir et élever leurs enfants.

Cette obligation d'entretien est unilatérale, et est à la charge des seuls parents.

La déchéance éventuelle de l'autorité parentale n'affranchit pas les parents de leur obligation d'entretien. Ils sont tenus, dans tous les cas, solidairement à cette obligation. Ils peuvent être mis en cause individuellement et chacun d'entre eux dispose d'un recours contre le coobligé pour les sommes excédant sa part contributive compte tenu de leurs facultés respectives (CASS, civ. 2ème, 28 avril 1980 bull. civ. n° 90).

Ainsi, en cas de divorce, le parent gardien titulaire de l'autorité parentale, est généralement à mettre en cause. Cependant, si le montant de la créance est disproportionné compte tenu des ressources et du patrimoine du parent gardien et ne permet pas d'aboutir au recouvrement, l'autre parent doit être actionné. Dans tous les cas, l'établissement peut donc émettre un titre à l'encontre de l'un des deux parents.

La solidarité entre époux (article [220](#) du code civil)

Aux termes de l'article [220](#) du code civil « *chacun des époux a pouvoir pour passer seul les contrats qui ont pour objet l'entretien du ménage ou l'éducation des enfants. Toute dette ainsi contractée par l'un oblige l'autre solidairement* ».

Pour la jurisprudence civile, l'article [220](#) du code civil s'applique à toute dette même ne résultant pas d'un contrat concernant l'entretien du ménage ou l'éducation des enfants (Cass. Civ 1er 7/6/89D 1990 p. 21).

La Cour de cassation a utilisé ce fondement pour une dette d'un époux pour assurer à l'un des enfants des soins ou un séjour hospitalier, précisant qu'elle oblige solidairement l'autre époux (Cass. Civ 2ème 10/7/96 TP CHU Lille c/ CAF et Mme Z. n°912 P+B).

De la même manière, sans qu'il y ait de décision de la Haute cour sur ce point, cette obligation solidaire doit pouvoir être transposée au paiement des sommes dues à un établissement public de santé en raison de l'un des époux.

4.2. Les débiteurs alimentaires du patient

Lorsque le patient payant est dans le besoin, l'établissement dispose d'une action directe prévue par l'article [L 6145-11](#) du code de la santé publique à l'encontre de ses obligés alimentaires. La créance devient alimentaire, les obligés étant tenus à des aliments envers leurs parents dans le besoin.

patient, c'est-à-dire le débiteur de l'établissement de santé). Cette règle implique que, faute de demande formée au moment de l'admission, le besoin (de soins) du débiteur principal de l'établissement de santé, est supposé ne pas avoir existé. La règle n'est qu'une présomption simple. Elle doit pouvoir être renversée s'il peut être démontré que le créancier d'aliments ou l'établissement était dans l'impossibilité d'agir ou n'avait jamais entendu renoncer à réclamer les aliments (par exemple demande d'aide médicale en cours).

Conditions	Portée	Texte
Détermination des débiteurs d'aliments	Personnes désignées par les articles 205 , 206 et 207 du code civil.	Articles 205 , 206 et 207 du code civil.
	Cas des personnes : - Liées par un pacte civil de solidarité ; - En concubinage.	Article 515-4 du Code civil. (Cour de cassation, Première chambre civile, 11 janvier 1984).
Procédure	Il appartient aux établissements publics de santé d'exercer l'action directe devant le juge aux affaires familiales. Cette action est donc de la seule compétence de l'ordonnateur. Le ministère d'un avocat n'est pas obligatoire.	Article L 6145-11 du Code de la santé publique.

Lorsque le **décès du patient** est intervenu sans qu'une mise en cause des obligés alimentaires ait été réalisée, le règlement de la créance doit être demandé à la succession. Le recouvrement doit être poursuivi à l'encontre de cette dernière au moyen d'un titre de recettes pour ordre émis à son nom, sans prise en charge budgétaire et comptable.

L'engagement de payer (cf. paragraphe supra) :

Pour éviter la multiplication des recours, et s'il existe un accord avec les obligés alimentaires, l'établissement peut leur faire signer un engagement de payer, sur le fondement de l'article [R 6145-4](#) du Code de la santé publique.

Cet engagement ne peut pas dépasser la part contributive de chacun des obligés alimentaires, fixée par l'accord précité. Il doit tenir compte des facultés respectives des débiteurs.

En cas de désaccord entre les débiteurs, une action devant le juge aux affaires familiales doit être immédiatement engagée par l'établissement.

4.3. Le débiteur de secours (article 212 du code civil) : le conjoint

Le conjoint, quel que soit le régime matrimonial, est le débiteur de secours. C'est le seul débiteur de secours. Il est mis en cause de la même manière que les obligés alimentaires sur le fondement de l'article [L 6145-11](#) du Code de la santé publique devant le juge aux affaires familiales.

L'obligation subsiste :

- En cas de séparation de corps qui ne fait que relâcher le lien conjugal, mais laisse subsister entre les conjoints un devoir d'assistance mutuelle ;
- En cas de divorce pour rupture de la vie commune, (articles [239](#) du code civil et [1123](#) du Nouveau code de procédure civile)¹. L'obligation reste à la charge du seul époux demandeur du divorce en cas de situation de besoin de son ex-conjoint. Il convient également de préciser que le juge civil a admis la mise en cause prioritaire du conjoint. En effet, l'obligation de secours et d'assistance est en principe plus étendue que l'obligation alimentaire, en ce sens que l'article [208](#) du code civil qui proportionne notamment celle-ci à la fortune du débiteur ne concerne pas les obligations entre époux.

Toutefois, elle n'est pas illimitée dans son étendue. Elle reste proportionnée aux facultés et à l'état du conjoint débiteur qui peut toujours s'opposer à ce qu'il soit donné une extension sans proportion avec les moyens du ménage.

¹ Le divorce peut être demandé par l'un des conjoints en cas de rupture prolongée ou d'altération des facultés mentales.

2. Relations avec l'assurance maladie

FICHE 2.1. Notions générales de sécurité sociale

1. Les définitions

1.1. La notion de « régime »

La sécurité sociale est constituée de différents régimes légaux (dits aussi régime de base), de nature professionnelle (ex : régime agricole) ou catégorielle (régime des salariés, régime des commerçants).

A ces régimes de base de sécurité sociale, s'ajoutent :

- Le régime d'assurance chômage (qui est exclu du système de sécurité sociale) ;
- Les régimes complémentaires.

1.2. La notion de « branche »

Chaque régime de sécurité sociale est organisé en branches séparées et autonomes gérées par une caisse nationale.

Le régime général est ainsi organisé :

- Les branches « assurance maladie » et « accidents du travail - maladie professionnelles » sont confiées à la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), dans le cadre d'une gestion distincte ;
- La branche « assurance vieillesse » est gérée par la CNAVTS (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés) ;
- La branche « famille » est gérée par la CNAF (Caisse Nationale d'Allocations Familiales).

1.3. La notion de « risque »

Un risque est un événement dont l'arrivée aléatoire est susceptible de causer un dommage aux personnes (ou aux biens). Chaque « branche » de la sécurité sociale recouvre plusieurs risques.

Les risques sociaux correspondent à la survenance d'événements prenant la forme :

- Soit d'une perte de revenus professionnels (ex : à la suite d'une altération physique de la force de travail) ;
- Soit d'un accroissements de charges (ex : familiales).

Ainsi la branche « assurance maladie » prend en charge les « risques » suivants :

- La maladie ;
- La maternité ;
- L'invalidité ;
- Le décès.

1.4. La notion d'affiliation et de prestations

L'**affiliation** est l'opération par laquelle un assuré est rattaché à un organisme pour le service des prestations. Sous réserve de remplir un certain nombre de conditions, l'affiliation à un régime de sécurité sociale ouvre droit à certaines prestations.

Il s'agit :

Des prestations en nature, attribuées à l'occasion des frais de soins nécessaires à l'assuré et aux membres de sa famille.

Elles correspondent par exemple aux :

- Frais de médecine générale et spécialisée ;
- Frais de soins et prothèses dentaires ;
- Frais pharmaceutiques et d'appareillage ;
- Frais d'analyses et d'examens de laboratoire ;
- Frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins, etc.

Soit elles sont servies sous forme de remboursement des frais engagés, soit elles font l'objet d'une dispense d'avance des frais (tiers payant).

Des prestations en espèces :

- Qui sont versées lorsque la maladie, la grossesse, l'accident du travail obligent l'assuré(e) à interrompre temporairement son travail et qui prennent la forme d'un revenu de substitution (indemnités journalières...) ;
- Ou qui forment un revenu de complément (ex : prestations familiales).

2. Les différents régimes de sécurité sociale

2.1. Le régime général

Le régime général est le régime de base des salariés (des professions non agricoles) et le premier des régimes légaux de sécurité sociale. Il verse 37 % des prestations sociales en France.

2.2. Les régimes spéciaux

Les régimes spéciaux sont énumérés à l'article [R 711-1](#) du code de la sécurité sociale.

Il s'agit notamment :

- Des régimes des différentes fonctions publiques : fonctions publiques civile et militaire de l'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière) ;
- Des régimes de la SNCF, de la RATP, des industries électriques et gazières, des mines, de la Banque de France, des clercs de notaire, de la Chambre de commerce de Paris, de la Comédie française, etc.

2.3. Le régime agricole

Le régime agricole concerne les travailleurs salariés ou non salariés (chefs d'exploitation : AMEXA: assurance maladie des exploitants agricoles) et figure aux articles [L 721-1](#) et [L 753-2](#) du code rural.

2.4. Le régime social des travailleurs indépendants (RSI)

Ce régime a été créé en 2006 (les trois caisses nationales existant auparavant ont été regroupées). Il assure la couverture sociale des commerçants, des artisans et des professions libérales.

FICHE 2.2. Les procédures de prise en charge

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale :
 - o Article [L 162-21-1](#) (dispense d'avance des frais) ;
 - o Articles [R 166-3](#) (accord préalable) et [R 174-4](#) (dispense de demande de prise en charge).

2. Les principes généraux

Le principe : les établissements sont dispensés de présenter une demande de prise en charge (administrative) pour les assurés sociaux qui attestent de leur identité et de l'ouverture de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie grâce à leur carte Vitale en cours de validité. Ce principe est posé par l'article [R 174-4](#) du code de la sécurité sociale.

Dans ce cas, les frais d'hospitalisation et de soins externes des patients assurés sociaux sont directement pris en charge par leur organisme d'assurance maladie et les patients sont dispensés de l'avance des frais.

Pour les assurés sociaux qui ne peuvent justifier de droits ouverts, l'établissement dispose de deux possibilités :

- **Soit consulter l'annuaire « FEU VERT »**, disponible en France métropolitaine pour les assurés du régime général (☞ infra) ;
- **Soit adresser une demande de prise en charge à la caisse pivot**, qui la transmet à la caisse dont relève l'assuré pour le versement des prestations. Cette caisse notifie sa décision à la caisse pivot ainsi qu'à l'établissement (☞ infra § 5).

L'annuaire FEU VERT

Afin de faciliter la prise en charge des personnes non munies de leur carte vitale lors de leur admission ou de leur consultation et/ou afin de vérifier la validité de leurs droits auprès d'un organisme d'assurance maladie, un annuaire des services FEU VERT est disponible en France métropolitaine pour les assurés du régime général. Cet annuaire se présente sous la forme d'une application fonctionnant sur un PC équipé d'un émulateur Minitel. Il permet aux établissements de santé de consulter :

- Les droits des assurés sociaux du régime général et de leurs ayants droit ;
- L'exonération, éventuelle, du ticket modérateur liée soit au régime, soit à la nature de l'affection.

A terme (2ème semestre 2008, à l'issue d'une étape d'expérimentation lancée auprès d'une trentaine d'établissements de santé en février 2008), "Feu Vert" sera remplacé par **le service en ligne « Consultation des Droits » appelé service CDR**. Ce nouveau service sera disponible pour **l'ensemble des assurés du territoire**, qu'ils soient affiliés à la CNAMTS, à la MSA ou au RSI. Il sera **accessible via Internet, à l'aide de la CPE nominative** (☞ fiche « Carte Vitale »), la connexion étant cryptée.

A noter : le déploiement du service CDR ne signifie pas l'arrêt immédiat de l'annuaire Feu Vert.

Une fois les droits à l'assurance maladie du patient vérifiés, **certaines prestations** nécessitent un accord préalable du contrôle médical pour être prises en charge par l'assurance maladie (☞ article [R 166-3](#) du code de la sécurité sociale).

Il convient de distinguer la demande de prise en charge administrative de la demande d'accord préalable du contrôle médical, qui n'a pas les mêmes effets.

La présente fiche s'attache plus particulièrement à traiter les modalités de prise en charge administrative en vue de la facturation des soins, l'accord préalable du contrôle médical étant rapidement évoqué.

3. La dispense de prise en charge ou « présomption » d'ouverture de droits

La notion de « présomption » d'ouverture des droits était liée au dispositif de la dotation globale. Avec la disparition de la dotation globale, les établissements doivent impérativement vérifier l'exactitude des informations communiquées par le patient sur l'existence de leurs droits à l'assurance maladie, ou, si le patient est dans l'impossibilité de présenter sa carte Vitale ou une attestation de droits, rechercher s'il bénéficie de droits auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Cette procédure s'applique également aux établissements en dotation annuelle de financement (SSR, psy, hôpitaux locaux, etc.).

L'établissement doit donc obtenir par tous moyens à sa disposition (**carte Vitale, attestation d'ouverture de droits, feu vert, etc.**), l'assurance que le patient bénéficie d'une couverture maladie avant de constituer le dossier de facturation.

La dispense de demande de prise en charge vaut en principe pour tous les régimes et tous les risques, sauf les accidents du travail et les maladies professionnelles et exceptions rappelées au § 4.

4. Dans quels cas demander une prise en charge ?

Une demande de prise en charge (administrative et/ou médicale selon les cas) doit être présentée dans les cas suivants :

- Accidents du travail et maladies professionnelles (☞ fiche accidents du travail maladies professionnelles, page 61) ;
- ALD hors liste ou poly-pathologies ;
- Conventions internationales ou migrants.

Cas particulier de patients relevant de la caisse des français à l'étranger :

☞ Fiche « Les français expatriés relevant de la caisse des français de l'étranger », page 83.

5. L'intervention du contrôle médical

☞ **Cas particulier de l'admission en SSR ou en USLD**

L'admission directe dans un service de moyen ou de long séjour est, en principe, subordonnée à l'accord de l'organisme d'assurance maladie dont relève le patient, donné après avis du contrôle médical de la caisse d'affiliation (article R 166-3 du code de la sécurité sociale). Toutefois, **depuis la canicule d'août 2003, des dérogations ont été données par le ministère et les caisses d'assurance maladie pour permettre les entrées directes en service de soins de suite et de réadaptation sans attendre l'accord préalable de la caisse.**

En cas de transfert, le service du contrôle médical est informé sous 48 heures de l'admission du patient dans les services de moyen et de long séjour.

☞ **Cas particuliers des soins à domicile et de l'hospitalisation à domicile :** le service du contrôle médical est informé sous 48 heures de l'admission du patient dans les services de soins à domicile et d'hospitalisation à domicile.

6. La procédure de demande de prise en charge

La demande de prise en charge doit être adressée à la caisse pivot dès l'admission du patient. Cette demande peut être faite par télétransmission dans la chaîne « BG » (budget global) ou sur support papier. La caisse pivot retransmet cette demande à la caisse d'affiliation du patient (caisse gestionnaire).

La caisse gestionnaire, après avoir vérifié l'ouverture des droits de l'assuré, transmet sa décision à l'établissement de santé par l'intermédiaire de la caisse pivot.

La caisse pivot dispose d'un délai de 50 jours (ou 45 jours à compter de la réception des demandes de PEC), pour faire parvenir les réponses des organismes gestionnaires. **Au-delà de 50 jours, la PEC est présumée acquise conformément au principe des « accords tacites ».**

Le retour des PEC est affecté d'un code état qui précise la situation du dossier.

7. La transmission des informations de séjour

Lorsque la prise en charge par l'assurance maladie est certaine, les données relatives aux séjours et aux actes et consultations externes vont suivre 2 voies distinctes :

- **Une transmission des informations par la chaîne dite « BG » (budget global)** : informations de séjour et fichier des actes et consultations externes (☞ fiche correspondante, page 6). Ces informations transmises à la caisse pivot permettront ultérieurement de répartir entre les différents régimes les sommes versées par la caisse pivot à l'établissement en application de l'article [R 174-1-2](#) du code de la sécurité sociale. Cette transmission est obligatoire en application de l'article [R 174-1-6](#) du même code, elle peut donner lieu à des rejets ou des corrections de fichiers qui doivent impérativement être retraités par l'établissement ;
- **Une transmission mensuelle de l'ensemble de l'activité MCO sur e-PMSI** en vue de sa valorisation par l'ARH et du paiement correspondant par la caisse pivot.

FICHE 2.3. La carte Vitale

1. Les textes de référence

Code de la Sécurité sociale :

- Articles [L 161-31](#) (carte Vitale) et [L 161-33](#) (carte professionnel de santé – CPS –) ;
- Articles [R 161-33-1](#) à [R 161-33-9](#) (carte Vitale) ;
- Articles [R 161-52](#) à [R 161-58](#) (CPS).

2. La définition

La carte Vitale est une carte électronique individuelle, mise en place depuis 1998. Elle est délivrée à **toute personne âgée de 16 ans au moins, bénéficiaire de l'assurance maladie, quel que soit son régime de sécurité sociale.**

La carte vitale ne contient aucun renseignement médical mais comporte toutes les **informations administratives** nécessaires à la prise en charge des soins. C'est pourquoi, elle doit être systématiquement présentée par les patients, afin de justifier de droits ouverts à la sécurité sociale.

3. Le contenu de la carte Vitale

Certaines informations sont apparentes et d'autres sont uniquement accessibles à partir de lecteurs.

3.1. Les informations apparentes

- Le numéro de sécurité sociale de l'assuré ;
- Ses nom et prénom (nom de famille ou, si la personne en fait la demande, le nom d'usage).

3.2. Les informations accessibles à partir de lecteurs

La lecture de la carte vitale nécessite :

- Un lecteur de cartes à puce ;
- L'intégration dans le logiciel de gestion administrative des patients et de facturation d'un module logiciel permettant la lecture des données de la carte Vitale ;
- L'utilisation d'une carte **CPE (carte de personnel d'établissement)**.

La CPE est une carte à puce personnalisée qui fait partie de la « famille » des CPS (carte de professionnel de santé). Elle permet à son titulaire de s'identifier et d'accéder aux informations réservées à sa fonction. Elle seule peut donner accès aux informations contenues dans la carte vitale.

La carte CPE doit être demandée par le directeur de l'établissement, qui doit lui-même être titulaire d'une carte de directeur d'établissement (CDE). Cette demande doit être formulée auprès du GIP-CPS.

Les informations accessibles à partir de lecteurs sont réparties en 4 zones :

3.2.1. La zone « assuré »

- Le nom ;
- Le prénom ;
- La date de naissance ;
- Le numéro de sécurité sociale.

3.2.2. La zone « bénéficiaire »

- Le nombre de bénéficiaires ;
- Le nom des bénéficiaires ;
- Le prénom des bénéficiaires ;
- La date de naissance des bénéficiaires ;
- La qualité du bénéficiaire au regard de l'affiliation ;
- Le rang du bénéficiaire.

Les codes des bénéficiaires sont les suivants :

- 0 : assuré ;
- 1 : ascendants, descendants, collatéraux ascendants ;
- 2 : conjoint ;
- 3 : conjoint divorcé ;
- 4 : concubin ;
- 5 : conjoint séparé ;
- 6 : enfant ;
- Ce rang n'existe pas en carte.
- 8 : conjoint veuf ;
- 9 : autre assuré.

3.2.3. La zone « régime obligatoire »

Cette zone comporte :

- Le code organisme ;
- Le code gestion ;
- Les dates de début et de fin de droits administratifs : si les dates ne sont pas renseignées, cela signifie que les droits ne sont pas ouverts à la date de consultation. Toutefois, les ouvertures de droits antérieures étant mémorisées dans la carte, il est possible d'effectuer une recherche pour une période différente ;
- Le code exonération du ticket modérateur et son libellé, ainsi que les dates d'exonération, quand celle-ci est limitée dans le temps ;
- Les périodes d'exonération du ticket modérateur ; ce champ précise le motif d'exonération, les conditions et les dates d'exonération :
 - o 0 : pas de période limitative dans le temps ;
 - o 1 : pas de cas particulier d'application ;
 - o 2 : maladie du protocole ;
 - o 3 : maladie hors liste du protocole ;
 - o 4 : cas de l'Alsace Moselle ;
 - o 5 : cas autre que l'Alsace Moselle ;
 - o 6 : FNS (Fonds National de Solidarité).

Si le bénéficiaire n'est exonéré qu'à un seul titre, le code de la période sera toujours égal à 1.

3.2.4. La zone « régime complémentaire »

Elle est renseignée si la mutuelle a passé une convention avec l'organisme d'affiliation au régime obligatoire. Elle comporte :

- Le numéro de contrat ;
- Le nom de l'adhérent ;
- Le prénom de l'adhérent ;
- Les dates d'ouverture de droits
- Les garanties prises en charge.

3.2.5. La zone « carte CPS »

Y figurent :

- Le nom du détenteur de la carte CPS ;
- Le type de carte (professionnel de santé, professionnel en formation, personnel d'établissement ou directeur d'établissement) ;
- La date de fin de validité de la CPE.

4. Les évolutions du contenu de la carte Vitale

La version V1 ter de la carte Vitale, en cours de diffusion, contient les informations suivantes :

- Le non patronymique et l'adresse administrative de l'assuré ;
- L'indication de la déclaration du médecin traitant ;
- La période de droits de base ;
- L'identification des organismes complémentaires.

La version Vitale 2 comportera la photo de l'assuré. Elle est prévue pour être évolutive et hébergera des informations personnelles (ex : personne à prévenir en cas d'urgence, information sur le don d'organe pour les assurés qui le souhaitent....).

5. La mise à jour de la carte Vitale

La carte vitale est émise sans durée de validité mais doit être remise à jour lors de tout changement de situation personnelle ou professionnelle (changement d'état civil, de caisse d'affiliation...). Elle doit être en tout état de cause remise à jour chaque année par **les assurés**.

Les assurés sociaux doivent informer leur caisse d'assurance maladie puis mettre leur carte à jour au moyen des bornes ou terminaux prévus à cet effet et installés, notamment, dans les établissements de santé. De même doivent-ils prévenir leur caisse d'assurance maladie de toute perte ou vol.

La carte Vitale peut aussi être mise à jour :

- Dans un lecteur disponible dans la plupart des établissements de santé et des pharmacies ;
- Dans un guichet automatique multiservice qui se trouve dans **toutes les caisses d'assurance maladie**.

FICHE 2.4. La couverture maladie universelle de base (CMU)

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale :
 - o Articles [L 380-1](#), [R 312-1](#), [R 380-1](#) et suivants ;
 - o Articles [R 115-6](#), [R 115-7](#) et [R 161-1](#) (modalités d'application de la condition de résidence) ;
 - o Articles [D 380-1](#) à [D 380-5](#) (cotisation et déclaration de ressources).
- Circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU ;
- Circulaire DSS/5A/5B n° 2000-21 du 12 janvier 2000 relative à l'affiliation au régime général sous condition de résidence et au versement de la cotisation ;
- Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/ n° 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la CMU (assurance maladie et protection complémentaire).

2. La définition

La CMU est un régime d'affiliation à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, dès lors qu'elle ne bénéficie pas d'une couverture de base dans un autre régime.

Les patients sans couverture sociale constituent un dossier d'affiliation à la CMU de base, avec éventuellement l'aide des établissements de santé. **Toute caisse est habilitée à prononcer une affiliation provisoire. La décision définitive d'affiliation est prise par la caisse de la résidence habituelle du demandeur.** La caisse procède chaque année au contrôle de la résidence et des ressources du bénéficiaire de la CMU de base.

3. Les conditions à remplir

3.1. Les conditions de stabilité de la résidence

Lors de l'ouverture des droits : la personne doit résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. Toutefois, peuvent bénéficier de la CMU sans que ce délai soit opposable les personnes énumérées à l'article [R 380-1](#) du CSS et notamment :

- Les titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ;
- Les personnes reconnues réfugiées politiques, admises au titre de l'asile politique ou ayant demandé le statut de réfugié ;
- Les personnes de nationalité française de retour en France et n'ayant aucune couverture sociale (pratique des caisses selon des instructions de la CNAMTS).

Lors du renouvellement des droits : le demandeur doit justifier avoir son foyer habituel et permanent en France ou avoir séjourné plus de 6 mois sur le territoire national au cours de l'année civile de versement des prestations.

Les personnes sans domicile fixe doivent, pour faire valoir leurs droits sociaux, faire élection de domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS) afin d'obtenir une adresse administrative.

3.2. Les conditions de régularité de la résidence

Les personnes de nationalité étrangère (hors UE ou EEE - Espace économique européen et Suisse -) doivent justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers à la date de leur affiliation.

3.3. Les conditions de ressources et cotisations

Seules les personnes dont le revenu fiscal est supérieur à un seuil fixé par décret (article [D 380-4](#) du CSS) sont soumises au versement d'une cotisation d'assurance maladie proportionnelle aux ressources. En dessous de ce seuil, l'affiliation est gratuite.

4. La procédure d'affiliation

4.1. La constitution du dossier

Le dossier de « demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence » (formulaire CERFA S 3710) se compose des pièces suivantes :

- La demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence ;
- La déclaration de ressources annuelles.

Ce dossier doit être accompagné des pièces suivantes :

- Un justificatif d'identité en cours de validité : pièce d'identité, passeport ou livret de famille mis à jour ;
- Les justificatifs de la stabilité de la résidence ;
- Les justificatifs de régularité du séjour pour les personnes de nationalité étrangère (hors UE/EEE) : titre de séjour ou à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture...) ;
- S'il y a des personnes à charge, le livret de famille ou une attestation de la qualité d'ayant droit (document fourni par la caisse qui vérifie cette qualité) ;
- Les revenus perçus au cours de la période de référence ;
- Le numéro d'immatriculation figurant sur la carte vitale lorsque la personne a déjà été inscrite à la sécurité sociale.

4.2. La transmission du dossier et date d'affiliation

Les dossiers doivent être déposés ou **transmis** le plus rapidement possible. Les agents d'accueil de la sécurité sociale dans les hôpitaux peuvent procéder à l'instruction du dossier si le patient présente toutes les pièces nécessaires.

L'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse reçoit la demande faite par l'intéressé. Cette affiliation donne lieu à la délivrance d'une carte Vitale.

5. Les prestations couvertes

Ce sont les prestations en nature d'assurance maladie-maternité du régime général mentionnées aux articles [L 321-1](#) et [L 331-2](#) du CSS (frais d'hospitalisation, de soins externes, de transport, ...).

FICHE 2.5. La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)

1. Les textes de référence

- Article 54 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 modifiant l'article [L 861-3](#) du CSS (respect du parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMUc) ;
- Code de la sécurité sociale :
 - o Articles [L 861-1](#) et suivants ;
 - o Articles [R 861-1](#) et suivants, [R 115-6](#), [R 115-7](#) et [R161-1](#) (résidence en France) ;
 - o Articles [D 861-1](#) et suivants.
- Arrêtés des 31 décembre 1999 et 14 août 2002 (prix limite des soins dentaires prothétiques et optiques pour les bénéficiaires de la CMUc) ;
- Circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU ;
- Circulaire DSS/2A n° 2000/398 du 13 juillet 2000 relative à la mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au titre de la protection complémentaire ;
- Lettre ministérielle du 11 mars 2004 (rétroactivité des droits à la CMUc).

2. La définition

Les personnes résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière, dont les ressources sont inférieures à un plafond (article [D 861-1](#) du code de la sécurité sociale) ont droit à une couverture complémentaire, sans contrepartie contributive, gratuite.

2.1. Les prestations couvertes

La couverture complémentaire porte sur les prestations en nature. Elle permet la prise en charge, **avec dispense d'avance des frais**, du ticket modérateur, du forfait journalier et de certains dépassements (soins et prothèses dentaires, prothèses auditives, lunetterie).

Pour toutes précisions : cf. informations de la CNAMTS (<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>).

Respect du parcours de soins : la participation (ticket modérateur) prévue au 1 de l'article [L 322-2](#) du code de la sécurité sociale demeure à la charge des bénéficiaires de la CMUc n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Les conditions de mise en œuvre de ces dispositions seront fixées par décret.

2.2. Le principe de dispense d'avance des frais

La part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire fait l'objet d'une dispense d'avance de frais, en application de l'article [L 162-21-1](#) du code de la sécurité sociale : les personnes affiliées à la CMU sont des assurés sociaux et leurs frais sont facturés ou valorisés dans les conditions habituelles.

La part complémentaire couverte par la CMUc fait l'objet d'une facturation directe à l'organisme complémentaire choisi par l'assuré (CPAM, mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance).

3. Les conditions à remplir

3.1. La condition de résidence

Les conditions d'accès à la CMUc sur critère de résidence sont identiques à celles décrites pour la couverture de base (justification d'identité, résidence stable et régulière).

☞ Fiche « CMU », page 48.

Pour la stabilité de la résidence, les dispositions de l'article [R 380-1](#) du CSS sont applicables (délai de 3 mois), ce délai n'étant pas opposable dans les cas précisés à l'article [R 861-1](#).

Les personnes demandant le renouvellement de la CMUc (celle-ci est accordée pour un an à compter de la date de la décision – cf. circulaire du 17 décembre 1999) devront justifier que leur foyer habituel et permanent est en France et qu'ils y séjournent plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations (article [R 115-6](#) du CSS).

3.2. La condition de ressources

Le droit à une couverture complémentaire gratuite est ouvert en dessous d'un plafond de ressources dépendant du nombre de personnes composant le foyer (articles [R 861-16](#) et [D 861-1](#) du CSS).

NB : les bénéficiaires du RMI ont accès de plein droit à la CMUc, sans examen de leurs ressources, à condition d'en formuler la demande (imprimés complétés).

4. L'affiliation

Les personnes doivent être affiliées préalablement à un régime d'assurance maladie (affiliation en raison d'une activité professionnelle ou affiliation à la CMU de base par exemple)

5. Les procédures d'ouverture des droits

5.1. La constitution du dossier

Le dossier de CMUc est constitué par le demandeur et transmis à la CPAM du lieu de résidence. La CPAM instruit le dossier et prend la décision d'attribution de la prestation.

5.2. L'instruction des demandes

Il convient de constituer un dossier de demande de CMUc qui comprend :

- La demande de prise en charge (formulaire CERFA S3711d), qui comporte également un volet de déclaration de ressources annuelles ;
- Le choix par le demandeur de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (formulaire S 3712) : CPAM, mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance.

NB : les formulaires de demande et de choix de l'organisme gestionnaire sont nécessaires pour constituer le dossier de demande et ne peuvent être dissociés.

Le dossier de demande doit comprendre l'ensemble des pièces justificatives nécessaires relatives à l'identité, à la résidence et aux ressources.

Comme pour la CMU de base, les agents d'accueil de la sécurité sociale présents dans les hôpitaux sont habilités à procéder à l'instruction de la demande, si le patient présente toutes les pièces.

5.3. La date d'effet de l'affiliation

Règle générale :

La date d'affiliation est celle du dépôt du dossier complet (article [R 861-16](#) du CSS) à la CPAM.

Cas particulier :

Lorsque le demandeur qui séjourne dans un établissement de santé n'est pas en mesure de déposer sa demande le jour de l'entrée dans l'établissement.

La date d'entrée à l'hôpital est assimilée à la date de dépôt de la demande (cf. circulaire du 17 décembre 1999). Les droits sont ouverts dès la date d'entrée dans l'établissement : la demande doit être transmise dans

les plus brefs délais à la caisse et la rétroactivité des droits est limitée, dans le seul cas de l'hospitalisation, à deux mois (☞ lettre ministérielle du 11 mars 2004).

Cas particulier :

Les patients traités dans l'hypothèse de l'urgence (lorsque la situation du demandeur l'exige, selon les termes de l'article [L 861-5](#) du CSS).

Les droits sont ouverts **au premier jour du mois du dépôt de la demande.**

5.4. Les délais de traitement des dossiers par les organismes d'affiliation

Les organismes d'affiliation ont un délai d'instruction de 2 mois à compter de la réception du dossier complet de la demande ; au delà de ce délai, l'ouverture des droits est réputée acquise.

FICHE 2.6. Le parcours de soins coordonné à l'hôpital

1. Les textes de référence

- Articles [L 162-5-3](#), [L 162-26](#), [R 322-1-1](#), [D 162-1-6](#), [D 162-1-7](#) et [D162-1-8](#) du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article [L 162-26](#) du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié.

2. La définition

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

3. Les principes

3.1. Le champ d'application

Les dispositions relatives au parcours de soins coordonné s'appliquent, dans les établissements de santé :

- Aux séjours hospitaliers ;
- Aux consultations et actes externes dispensés, en urgence ou non.

Le dispositif concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUc.

En revanche, il ne s'applique pas :

- Aux enfants de moins de 16 ans ;
- Aux migrants de passage¹ ;
- Aux bénéficiaires de l'AME ;
- Aux ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

3.2. Le médecin traitant

Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie.

Les assurés ont le **libre choix** et peuvent désigner, avec son accord :

- Un médecin généraliste ou un médecin spécialiste ;
- Un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer à **tout moment**. Il peut également être modifié à tout moment.

Il appartient à l'établissement de santé de s'assurer que l'assuré respecte le parcours de soins, en lui demandant les justificatifs nécessaires (relevé de prestations par exemple, consultation du service mis en place à cet effet au sein des caisses d'assurance maladie)

¹ Les migrants permanents, titulaires d'une carte vitale, doivent respecter le parcours de soins.

4. Les différentes situations du parcours de soins

Dans tous les cas, le patient doit avoir fait sa déclaration de médecin traitant auprès de sa caisse de sécurité sociale. A défaut, il sera considéré comme hors parcours de soins et se verra appliquer des majorations financières.

4.1. Le patient est dans le parcours de soins dans les cas suivants

- Il consulte son médecin traitant ;
- Il consulte un autre médecin, désigné "médecin correspondant", à la demande de son médecin traitant :
 - o **Pour un avis ponctuel** : le médecin correspondant ne donne pas de soins continus et laisse au médecin traitant le soin de surveiller l'application de ses prescriptions ;
 - o **Pour des séquences de soins** nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie. Ces séquences identifient les spécialités et les consultations d'accès direct (sans passage préalable par le médecin traitant).
 - o **Pour des soins itératifs** :
 - Dans le cadre d'un plan de soins, convenu entre les deux médecins ;
 - Dans le cadre d'un protocole de soins lorsque le patient est en affection de longue durée (ALD).Dès lors qu'il respecte le plan ou le protocole de soins, le patient peut s'adresser directement au médecin correspondant sans passer par le médecin traitant.

NB : pour éviter tout retard dans la prise en charge à 100% du patient nécessitant des soins au titre d'une ALD, le protocole de soins peut être élaboré par le praticien hospitalier, que le patient ait ou non désigné un médecin traitant. Le patient est exonéré du ticket modérateur pour une durée de 6 mois et doit mettre à profit cette période pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant, qu'il l'ait déjà choisi ou qu'il doive encore le faire. A l'issue de cette période de 6 mois, s'il n'a pas pu effectuer ces démarches, cette procédure dérogatoire est renouvelée.

- Il consulte un médecin en cas d'urgence médicalement constatée ;
- Il consulte un médecin de l'une des spécialités suivantes au sein d'un établissement de santé¹ :
 - o Gynécologie médicale et obstétricale ;
 - o Ophtalmologie ;
 - o Psychiatrie ;
 - o Neuropsychiatrie.
- Il consulte un médecin dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie ;
- Il consulte un médecin en vue de la vaccination contre la fièvre jaune ;
- Il est hors de sa résidence habituelle (vacances par exemple) ;
- Il consulte un médecin de remplacement, son médecin traitant étant indisponible.

Le médecin consulté doit procéder à un retour d'information vers le médecin traitant du patient.

4.2. Le patient est hors parcours de soins dans les cas suivants

- Il n'a pas déclaré de médecin traitant ;
- Il consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant et hors situations particulières ci-dessus ;
- Il consulte un médecin à la demande d'une sage-femme.

¹ Les conditions sont légèrement différentes pour des consultations en ville ou dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

5. Les dispositions financières

Deux types de dispositions financières sont applicables :

- Dans le cadre du parcours de soins, de nouvelles cotations pour les actes réalisés par les médecins ;
- Des majorations facturables aux patients hors parcours de soins.

5.1. Dans le parcours de soins : les cotations des actes

5.1.1. Par le médecin traitant

Les tarifs applicables sont ceux de la consultation ou de l'acte technique pratiqué.

5.1.2. Par le médecin correspondant

Pour un avis ponctuel :

La cotation¹ applicable est :

- C2 pour les médecins spécialistes ;
- C2,5 pour les psychiatres ;
- C3 pour les professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH).

Condition : le médecin correspondant ne doit recevoir le patient qu'une fois par semestre et doit adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques en lui laissant le soin d'en surveiller l'application.

A noter :

- Un spécialiste consulté pour émettre un avis ponctuel, à la demande d'un médecin correspondant (et non du médecin traitant) ne peut coter de C2. En revanche, il peut coter une CS et la majoration de coordination spécialiste (cf. infra) ;
Exception : les chirurgiens peuvent coter une C2, qu'ils aient été sollicités par le médecin traitant ou le médecin correspondant,
- Les PU-PH peuvent coter une C3, qu'ils agissent à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant.

Pour des soins itératifs ou séquencés :

Le tarif est :

- Soit celui de la **consultation**, auquel est ajoutée une **majoration de coordination généraliste (MCG)** ou une **majoration de coordination spécialiste (MCS)**, d'un montant de 3€ ; cette majoration est de 4€ pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie ;
- Soit, le cas échéant, celui de l'acte technique, sans majoration.

Rappel : conformément aux dispositions de la CCAM et de la NGAP, les tarifs de la consultation et de l'acte technique ne peuvent se cumuler.

5.1.3. Pour les consultations en accès direct (cf. § 4.1 ci-dessus)

La MCS est applicable, à condition que le médecin retourne un compte-rendu médical au médecin traitant.

¹ Telle que prévue par les dispositions en vigueur (CCAM, et NGAP)

5.2. Les majorations applicables aux patients hors parcours de soins

Le non respect du parcours de soins coordonnés expose le patient à des majorations tarifaires et à des majorations du ticket modérateur.

5.2.1. Le champ d'application

Les majorations tarifaires

La majoration tarifaire (☞ article [L 162-26](#) du code de la sécurité sociale et arrêté du 28 juillet 2005), est égale à :

- 8 € pour les consultations ;
- 17,5% du tarif pour les actes techniques.

La majoration tarifaire n'est remboursable ni par l'assurance maladie, ni par les organismes complémentaires.

La majoration du ticket modérateur

La majoration du ticket modérateur est applicable au titre des consultations et actes externes et des séjours hospitaliers. Elle s'élève à 20 % du tarif des actes et est plafonnée à :

- 5 € par acte ;
- 2,50 € par séjour.

Cette majoration n'est pas prise en charge par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables.

Exemple : une consultation spécialiste (CS) réalisée hors parcours de soins sera facturée

Tarif conventionné : 23€

*Prise en charge **assurance maladie** : 50% soit **11,50 €***

*Prise en charge **organisme complémentaire** : 30% soit **6,90 €***

*Facturation au **patient** : **12,60 €** correspondant à*

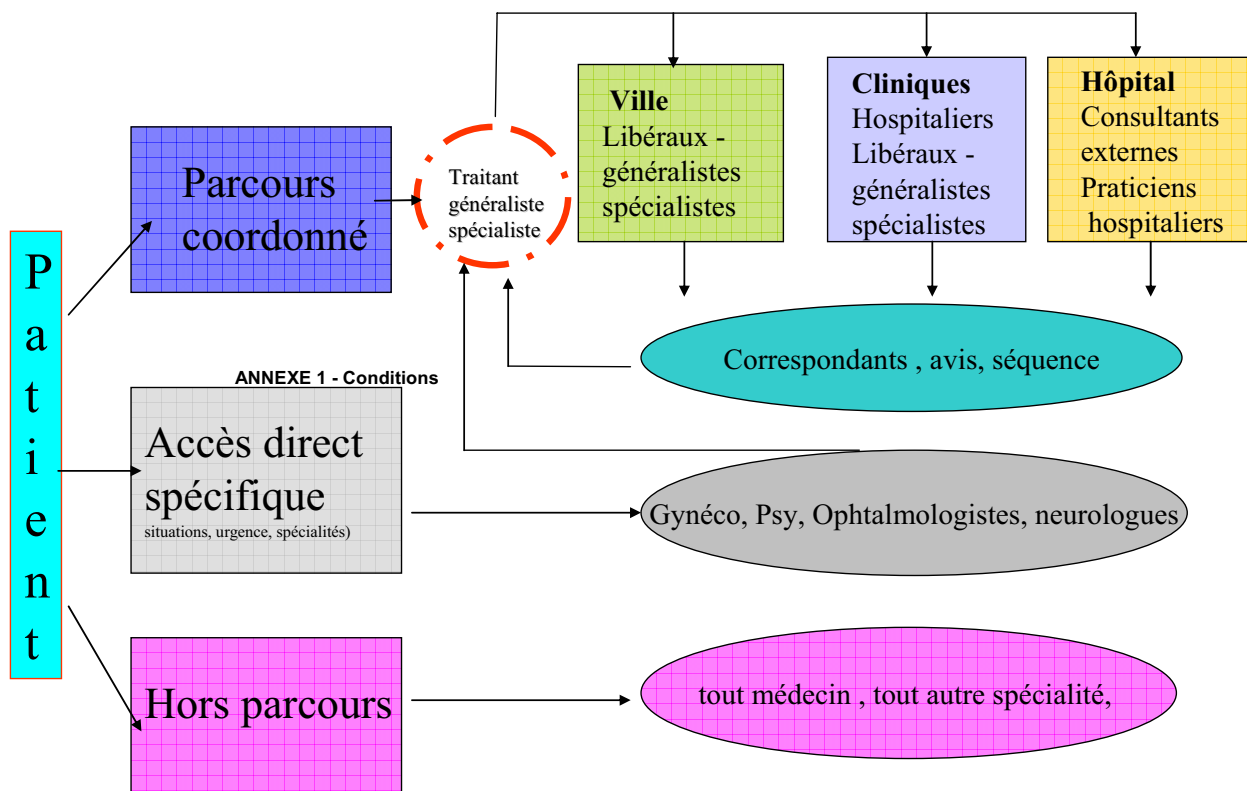
- Majoration du ticket modérateur : 20% soit 4,60 € ;
- Majoration tarifaire : 8 €.

5.2.2. Les exceptions

Les majorations ne sont pas applicables :

- Aux femmes enceintes couvertes par l'assurance maternité (période débutant quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant douze jours après celui-ci) ;
- Aux assurés relevant du régime des accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) pour les soins en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- Aux patients reconnus atteints d'une ALD avec les anciens formulaires appelés PIREs (formulaires verts) et ne pouvant présenter les nouveaux protocoles de soins (formulaires violets), à condition qu'ils aient désigné leur médecin traitant. Cette disposition est applicable jusqu'au 1er juillet 2008, date à laquelle les formulaires PIREs auront tous été remplacés par les nouveaux protocoles.

SCHEMA DISPOSITIF



FICHE 2.7. Les affections de longue durée (ALD)

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale : articles [L 322-3](#), 3° et 4° et [D 322-1](#) ;
- Arrêté du 19 juin 1947 modifié, articles 71-4 et 71-4-1 (prise en charge du ticket modérateur pour les soins en rapport avec une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article [L 322-3](#) du CSS).

2. Les définitions

Une affection de longue durée (ALD) exonérante est une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Elle donne droit à exonération du ticket modérateur pour tous les actes **en rapport avec elle** (prise en charge à 100 % des dépenses **liées** à ces soins et traitements).

Trois catégories d'affections sont concernées.

L'ALD liste

Il s'agit de l'une des 30 affections prévues à l'article [L 322-3](#), 3° et inscrite sur la liste figurant à l'article [D 322-1](#) du code de la sécurité sociale.

L'ALD hors liste

Il s'agit d'une affection non inscrite sur la liste mais constituant une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, nécessitant des soins prolongés.

Les poly-pathologies ou affections multiples

Il s'agit de plusieurs affections graves caractérisées.

Ces deux dernières catégories d'ALD exonérantes sont comprises dans la définition figurant à l'article [L 322-3](#), 4° du CSS.

3. Le champ d'application

Le dispositif d'exonération du ticket modérateur pour ALD exonérante s'applique dans la majorité des régimes d'assurance maladie. Toutefois, certains régimes obligatoires ne sont pas concernés par ce dispositif, leurs affiliés étant pris en charge à 100 % qu'ils soient en ALD ou pas :

- La SNCF ;
- La RATP pour les personnels en activité ;
- La caisse autonome de la sécurité sociale des mines.

4. La prise en charge des ALD

4.1. Les pièces justificatives

Trois documents permettent d'identifier les patients relevant de ce dispositif :

- Carte Vitale et/ou attestation papier fournie par la caisse d'affiliation ;
- Notification délivrée par la caisse d'affiliation ;
- 3^{ème} volet du nouveau protocole de soins.

4.1.1. Informations disponibles sur la Carte vitale et/ou l'attestation papier

- Un message correspondant au motif de l'une des trois catégories d'exonération (liste, hors liste, poly-pathologies) ;
- Une possible limitation dans le temps.

4.1.2. Notification

- Il s'agit d'un imprimé délivré par la caisse d'assurance maladie en l'absence de carte vitale ou en cas de carte vitale non mise à jour ;
- Cet imprimé précise que le patient bénéficie d'une exonération au titre de l'une des trois catégories, avec une possible limitation dans le temps.

4.1.3. Le 3^{ème} volet du nouveau protocole de soins

- Il s'agit d'un imprimé remis au patient par son médecin traitant, exceptionnellement par le médecin d'un établissement de santé pour une pathologie découverte en cours d'hospitalisation après concertation avec le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie. Dans le cas où la demande provient d'un établissement de santé, l'accord est délivré pour une durée de 6 mois.

NB : pour éviter tout retard dans la prise en charge à 100% du patient nécessitant des soins au titre d'une ALD, le protocole de soins peut être élaboré par le praticien hospitalier, que le patient ait ou non désigné un médecin traitant. Le patient est exonéré du ticket modérateur pour une durée de 6 mois et doit mettre à profit cette période pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant, qu'il l'ait déjà choisi ou qu'il doive encore le faire. A l'issue de cette période de 6 mois, s'il n'a pas pu effectuer ces démarches, cette procédure dérogatoire est renouvelée.

- Il comporte obligatoirement les traitements, examens biologiques, consultations de professionnels de santé et paramédicaux, nécessaires pour soigner la pathologie. Il peut être complété d'informations relatives à la pathologie si le patient l'autorise.

Remarque : jusqu'au 1^{er} juillet 2008, des patients reconnus atteints d'une ALD peuvent valablement présenter les anciens formulaires appelés PIREs (formulaires verts), à condition qu'ils aient désigné leur médecin traitant. A partir de cette date, les formulaires PIREs auront tous été remplacés par les nouveaux protocoles de soins (formulaires violets).

4.2. Les procédures

4.2.1. ALD connue avant l'hospitalisation

Si le patient est hospitalisé pour une ALD exonérante, il n'est pas nécessaire d'enclencher une procédure particulière vis-à-vis de la caisse d'assurance maladie ou du médecin conseil.

Le bureau des entrées recueille auprès du patient (ou de sa famille) sa carte Vitale ou/et sa notification

Par ailleurs, le bureau en charge de la facturation transmet au service de soins l'imprimé « procédure déclarative » afin que ce dernier atteste que la cause de l'hospitalisation est bien en rapport avec l'ALD exonérante.

Si le patient ne connaît pas le diagnostic de sa maladie exonérante et si celle-ci n'est pas détectée lors de l'interrogatoire du médecin hospitalier, le contact avec le médecin traitant est recommandé.

4.2.2. ALD découverte au cours de l'hospitalisation

La procédure est identique que l'affection corresponde à une ALD Liste, une ALD Hors liste ou une ALD polypathologique.

Procédure applicable à l'établissement de santé	Décision du Contrôle Médical de la Caisse d'Affiliation
Le médecin du service de soins remplit le protocole d'examen spécial (PES – formulaire S3501c), disponible dans le service de soins, et l'adresse au médecin conseil de la caisse d'affiliation du patient.	Le médecin conseil : - Donne son avis sur la demande d'exonération du ticket modérateur après examen du protocole ; - Informe le service administratif de la caisse qui notifie la décision à l'assuré ; - Informe le praticien rédacteur du protocole ; - Informe le médecin traitant si le patient en a désigné un.

FICHE 2.8. Les accidents du travail

La présente fiche décrit les diverses liaisons entre les caisses d'assurance maladie et les établissements de santé concernant la prise en charge des soins relatifs aux accidents du travail.

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale :
 - o Articles [L 411-1](#) (définition de l'accident du travail), [L 431-1](#) (prestations prises en charge), [L 432-1](#) (versement aux établissements des remboursements relatifs aux prestations en nature), [L 432-3](#), [L 432-4](#) (frais d'hospitalisation dans un établissement privé) ;
 - o Articles [L 441-5](#) (obligation de délivrance par l'employeur d'une feuille d'accident nécessaire à la prise en charge des soins), [R 441-8](#) et [R 441-9](#) (modalités d'utilisation de la feuille accident du travail) ;
 - o Article [R 174-4](#) (carte Vitale et demande de prise en charge).
- Circulaire n°122 du 15 novembre 1985 relative aux délais de transmission des informations de séjour en cas de demande de prise en charge (règle du délai de 45 jours) ;
- Circulaire DSS/2A/DHOS/F3 n°2006-290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en œuvre dans les établissements de santé du ticket modérateur forfaitaire.

2. La gestion du risque accident du travail

2.1. Les généralités

Ce risque couvre à 100% la totalité des frais d'hospitalisation, y compris le forfait journalier.

Par ailleurs, les assurés du régime général notamment ne sont pas concernés par le **ticket modérateur forfaitaire** (18 €) pour les actes supérieurs à 91 €, prévu par l'article [R 322-8](#) du code de la sécurité sociale.

A la différence des autres risques, le risque accident du travail n'est pas systématiquement pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Dans certains cas, d'autres dispositifs se substituent aux régimes d'assurance maladie, par exemple :

- Certains employeurs gèrent eux-mêmes ce risque (exemple : les établissements publics de santé) ;
- Les assurés non salariés peuvent souscrire une assurance privée (exemple : les exploitants agricoles, les travailleurs indépendants).

2.2. Le rôle de l'hôpital

Lors de l'admission du patient, qu'il s'agisse de consultations externes, y compris dans les services d'urgence, ou d'hospitalisation, il convient de recueillir avec exactitude la date de l'accident du travail, les références de l'employeur (nom, adresse, n° de téléphone) et se procurer le plus rapidement possible **la feuille d'accident du travail délivrée par l'employeur (anciennement dénommée « triptyque accident du travail »)**.

Dans tous les cas, le patient doit présenter cette **feuille d'accident du travail établie par l'employeur**, qu'il s'agisse des premiers soins ou de suite de soins. Le renouvellement de la feuille est réalisé par la caisse d'assurance maladie. En l'absence de ce document, le patient doit demander à l'employeur de fournir ce document sous 48 h. **Il est très fréquent que le patient dispose de ce document immédiatement après l'accident.**

Dans le cas de suite de soins, il est nécessaire de demander un certificat de suite d'accident du travail, précisant que les soins ou l'hospitalisation sont bien en rapport avec l'accident du travail cités dans la feuille de l'employeur.

Dans toutes les hypothèses, la carte Vitale et une pièce d'identité doivent être utilisées pour recueillir les informations relatives aux coordonnées de la personne.

2.3. Le rôle des caisses d'assurance maladie

L'ouverture des droits :

La dispense de demande de prise en charge qui prévaut pour les risques maladie et maternité ne s'applique pas au risque accident du travail.

Des demandes de prise en charge doivent être systématiquement effectuées auprès de la caisse pivot, qui les ventile vers les caisses gestionnaires concernées.

Le rôle des caisses gestionnaires et de la caisse pivot :

- Les caisses gestionnaires vérifient si l'hospitalisation est en rapport avec la déclaration d'accident par l'employeur ;
- La caisse pivot dispose d'un délai de 50 jours (45 jours + 5 jours à compter de la réception des demandes de prise en charge) pour faire parvenir aux hôpitaux les réponses des organismes gestionnaires. Au delà de ce délai, la prise en charge est présumée acquise, conformément au principe des accords tacites (cf **circulaire ministérielle n°122 du 15/11/1985**) : l'hôpital peut facturer en AT, sauf si l'organisme gestionnaire, qui n'a pu traiter la demande dans le délai de 50 jours, lui adresse, par l'intermédiaire de la caisse pivot, une décision suspensive.

3. Les accidents gérés par les employés, ou des assurances privées, ou par des régimes autres que le régime général

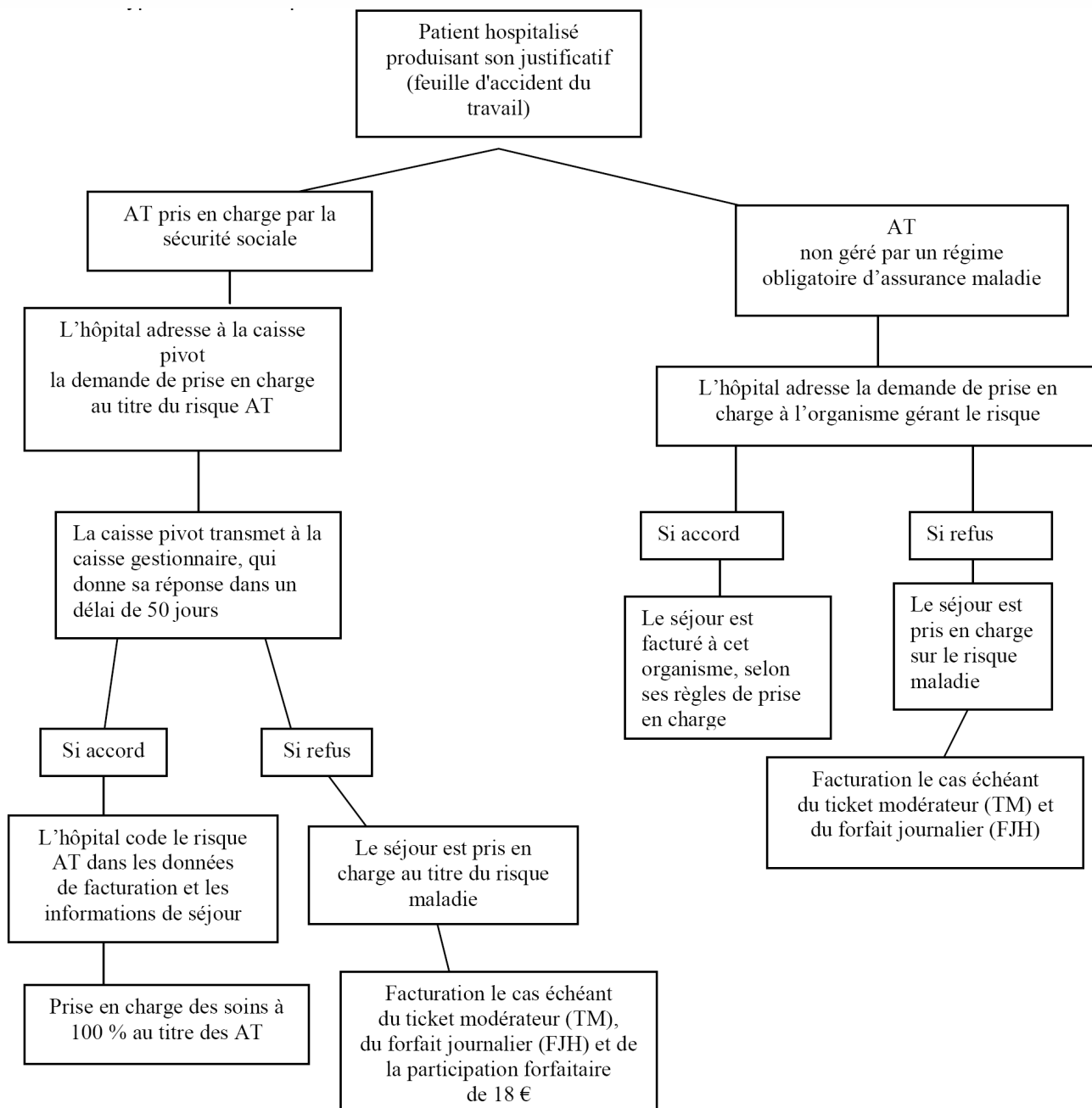
La prise en charge doit être demandée directement auprès de l'organisme gérant le risque.

Pour les principaux régimes d'assurance maladie autres que le régime général :

- **Régime des exploitants agricoles** : depuis le 1er avril 2002, il existe une assurance AT/MP obligatoire pour les exploitants agricoles (les salariés agricoles bénéficient du risque AT) ;
- **Régime des indépendants (RSI)** : le risque AT n'est pas couvert, les assurés doivent souscrire une assurance privée ;
- **SNCF, RATP** : le risque AT est couvert par ces régimes ;
- **Fonctionnaires** : le risque AT est géré par l'employeur ;
- **Personnel de la Banque de France** : le risque AT est géré par l'employeur ;
- **Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines** : gestion du risque AT par l'employeur pour les agents des houillères ou par les sociétés de secours minières (potasse, fer, ardoisières) ;
- **Caisse d'assurance maladie des cultes (CAMAC)** : le risque AT n'est pas couvert.

Schéma de facturation

Selon les hypothèses évoquées, en cas d'hospitalisation, les différents cas sont retracés dans le tableau ci-dessous :



Pour les accidents du travail imputables à une personne autre que l'employeur ou ses préposés et pouvant donner lieu à recours contre tiers (article [L 454-1](#) du code de la sécurité sociale), on pourra se référer à la fiche « Les accidents de la vie privée causés par des tiers ».

FICHE 2.9. Les accidents de la vie privée causés par les tiers

1. Les textes de référence

- Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, art. 31 ;
- Code de la sécurité sociale (CSS) :
 - o Articles [L 376-1](#) et [L 454-1](#) ;
 - o Articles [D 376-1](#) et [D 454-1](#) (décret n° 2004-1076 du 12 octobre 2004 relatif aux informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d'accident impliquant un tiers).
- Circulaire N°DHOS/F4/DSS/SD2/2004/631 du 27 décembre 2004 relative aux informations que les établissements de santé doivent transmettre aux caisses d'assurance maladie en cas d'accident impliquant un tiers responsable.

2. Le principe

☞ Articles [L 376-1](#) et [L 454-1](#) du CSS et de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985.

Principe : en cas d'accident imputable à un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale sont habilités à récupérer auprès des tiers ou de leur assurance, dans certaines limites, les prestations qu'elles ont versées.

Problème : les caisses d'assurance maladie n'exercent pas toujours de recours contre le tiers responsable car elles n'ont pas été informées de la survenue de l'accident.

Cadre légal : obligation de la personne victime, des établissements de santé, du tiers responsable et de son assureur d'informer la caisse d'assurance maladie de la victime de la survenue des lésions causées par un tiers, dans des conditions fixées par décret.

Responsabilité particulière des établissements de santé :

☞ V des articles [D 376-1](#) et [D 454-1](#) du code de la sécurité sociale.

L'établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers, doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève **dans les trois mois suivant la fin des soins**.

Lors de l'admission d'un patient suite à un accident, les agents qui procèdent à l'accueil des patients ou de leur entourage doivent demander si cet accident a été causé par un tiers. Les informations relatives à l'accident et à la date de l'accident doivent être saisies dans l'application informatique, afin qu'elles soient transmises dans l'avis d'admission ou dans la demande de prise en charge (même procédure que les accidents du travail ou accidents de la voie publique).

3. La mise en œuvre

- Les établissements ont toujours **l'obligation de fournir leurs informations de séjour** qui restent le vecteur principal de cette information ;
- S'agissant des **cliniques privées**, le signalement aux caisses d'assurance maladie est opéré par le biais du **bordereau de facturation** et à partir des **indications fournies par le patient**.

FICHE 2.10. Les transports

1. Les textes de référence

- Articles [L 322-5](#), [L 162-1-15](#), [L 162-2-1](#), [L 162-4-1](#), [R 322-10](#) et suivants du code de la sécurité sociale ;
- Articles [L 6312-1](#), [R 1211-3](#) et suivants du code de la santé publique ;
- Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article [R 322-10-1](#) du code de la sécurité sociale ;
- Circulaire DHOS/F4/DSS/1A/2007/330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées au transport de patients.

2. La nature des transports : les transports primaires et secondaires

La prise en charge des frais de transports diffère selon qu'il s'agit de transports primaires ou secondaires.

- Les transports **primaires** correspondent aux transports effectués en vue soit de l'admission d'un patient dans un établissement de santé soit de sa sortie définitive ;
Ces transports sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie selon les modalités décrites au point 3 ci-après.
- Les transports **secondaires** correspondent aux transports effectués pour transférer un malade d'un établissement de santé à un autre. Ce transfert peut être :
 - o **Provisoire** : le patient est transféré dans un établissement plus spécialisé, pour diagnostic ou soins avec un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures ;
 - o **Définitif** : le malade quitte, même provisoirement, son établissement d'origine mais séjourne dans le nouvel établissement pour une durée supérieure à 48 heures. Il doit être considéré comme sortant du premier établissement et admis dans le second.

Les transports secondaires (ou inter-hospitaliers) provisoires sont à la charge de l'établissement demandeur, établissement d'origine, prescripteur du transport ; en revanche, les transferts définitifs sont à la charge des organismes d'assurance maladie dans les conditions décrites ci-dessous.

3. La prise en charge des frais de transport par les caisses d'assurance maladie

La prise en charge des frais de transport par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la délivrance d'une **prescription médicale**, précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit (☞ article [L 162-4-1](#) du code de la sécurité sociale). A cet effet, deux formulaires sont à la disposition des médecins : l'un de prescription simple (S3138c), l'autre de prescription avec demande d'accord préalable (S3139c – cf. annexe 3).

Peuvent bénéficier de cette prise en charge les patients, assurés sociaux¹, se trouvant dans l'une des situations suivantes (article [R 322-10](#) du code de la sécurité sociale) :

- **Transports liés à une hospitalisation (complète, partielle et ambulatoire)** : entrée à l'hôpital, sortie de l'hôpital, transfert définitif vers un autre établissement de santé ;
- Transports pour des traitements ou examens en rapport une affection de longue durée (ALD) ou des soins continus supérieurs à 6 mois (chimiothérapie, dialyse, radiothérapie) ;
- Transports liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres, sous réserve d'une entente préalable ;
- Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois et pour une distance aller de plus de 50 kilomètres ;
- Transports pour se rendre à la convocation d'une consultation médicale d'appareillage.

¹ Les patients non assurés sociaux doivent régler leurs frais de transport.

Le prescripteur apprécie le mode de transport le mieux adapté à l'état du patient : ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL), taxi..., dans le respect du référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 qui précise notamment qu'un transport par ambulance peut être prescrit lorsque le patient « *présente au moins une déficience ou incapacité nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie* ».

De même, le prescripteur est-il tenu d'observer la « plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (☞ article [L 162-2-1](#) du code de la sécurité sociale), l'article [L 322-5](#) du même code, prévoyant que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient* ».

4. Le contrôle des prescriptions

La prescription de transport est médicale et engage la responsabilité du praticien. L'attention des médecins, notamment ceux exerçant dans les établissements antérieurement en dotation globale, est attirée sur le soin qu'ils doivent porter à l'usage personnel de leurs ordonnanciers.

En effet, un encadrement particulier des forts prescripteurs est mis en œuvre par l'assurance maladie via la procédure de mise sous accord préalable prévue à l'article [L 162-1-15](#) du code de la sécurité sociale. A cet effet, les médecins dont les prescriptions de transports sont les plus atypiques verront celles-ci, après passage devant la commission *ad hoc*, soumises à l'accord préalable du service médical, pour une période déterminée.

5. Annexes

5.1. Annexe 1 : conditions médico-administratives de prise en charge des frais de transport

☞ Article [R 322-10](#) du code de la sécurité sociale.

- Transports liés à une hospitalisation ;
- Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article [L 324-1](#) du code de la sécurité sociale, pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) ;
- Transports liés aux traitements et examens pour des assurés ou des ayant droit victimes d'un accident du travail ou souffrant d'une maladie professionnelle (AT/MP), dans les conditions prévues à l'article [L 431-1](#) du code de la sécurité sociale ;
- Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres ;
- Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

5.2. Annexe 2 : choix du moyen de transport

Référentiel de prescription médicalisée – arrêté du 23 décembre 2006

« **Un transport par ambulance** peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie »

Un transport assis professionnalisé (2° de l'article [R 332-10-1](#) du code de la sécurité sociale) peut-être prescrit lorsque le patient présente au moins :

- Une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;

- Une déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- Une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- Une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un transport assis personnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

5.3. Annexe 3 : accord préalable du contrôle médical des caisses

☞ Recours au formulaire S3139c.

La prise en charge de certains transports particulièrement **coûteux nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses**, dans les cas suivants :

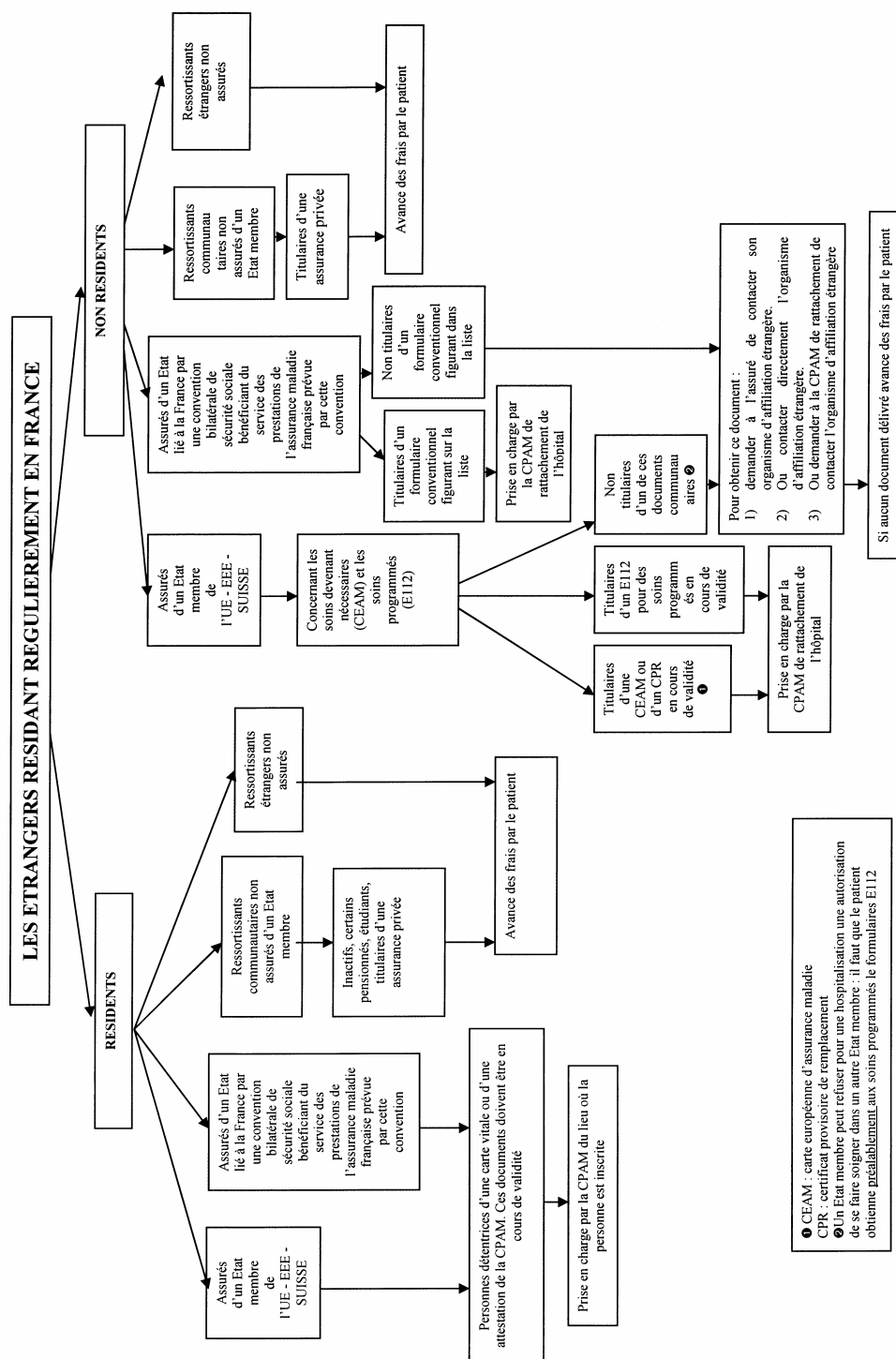
- Les transports vers un lieu distant de plus de 150 km ;
- Les transports en série (le nombre de transports prescrit pour un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km) ;
- Les transports en avion ou bateau de ligne. Dans ce cas, le prescripteur précise la condition médico-administrative de prise en charge.

Lors de l'examen de la demande d'accord préalable, le médecin conseil peut être amené à modifier le mode de transport prescrit.

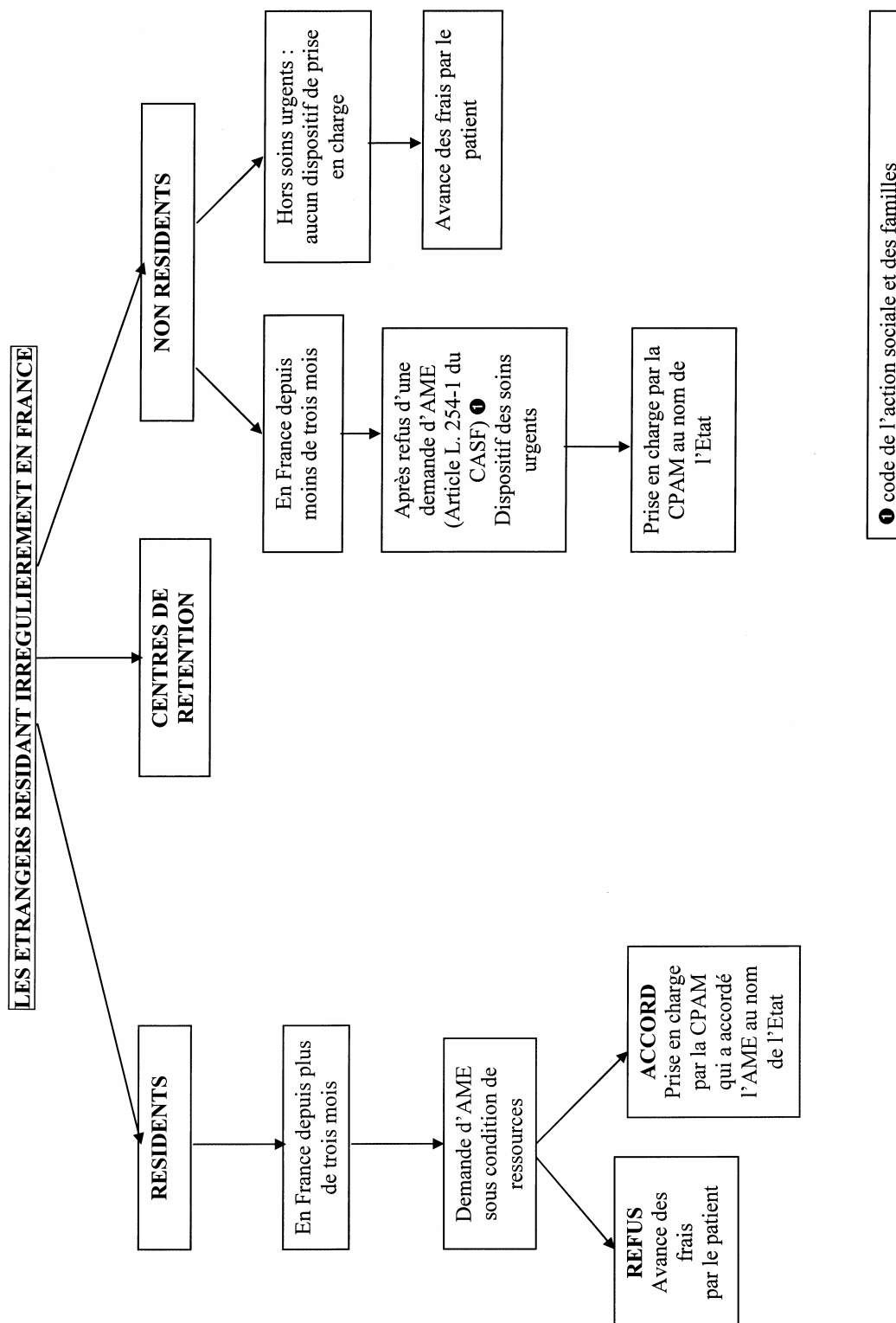
3. Modalités de prise en charge des patients venant de l'étranger

FICHE 3.1. Schémas de prise en charge des patients étrangers

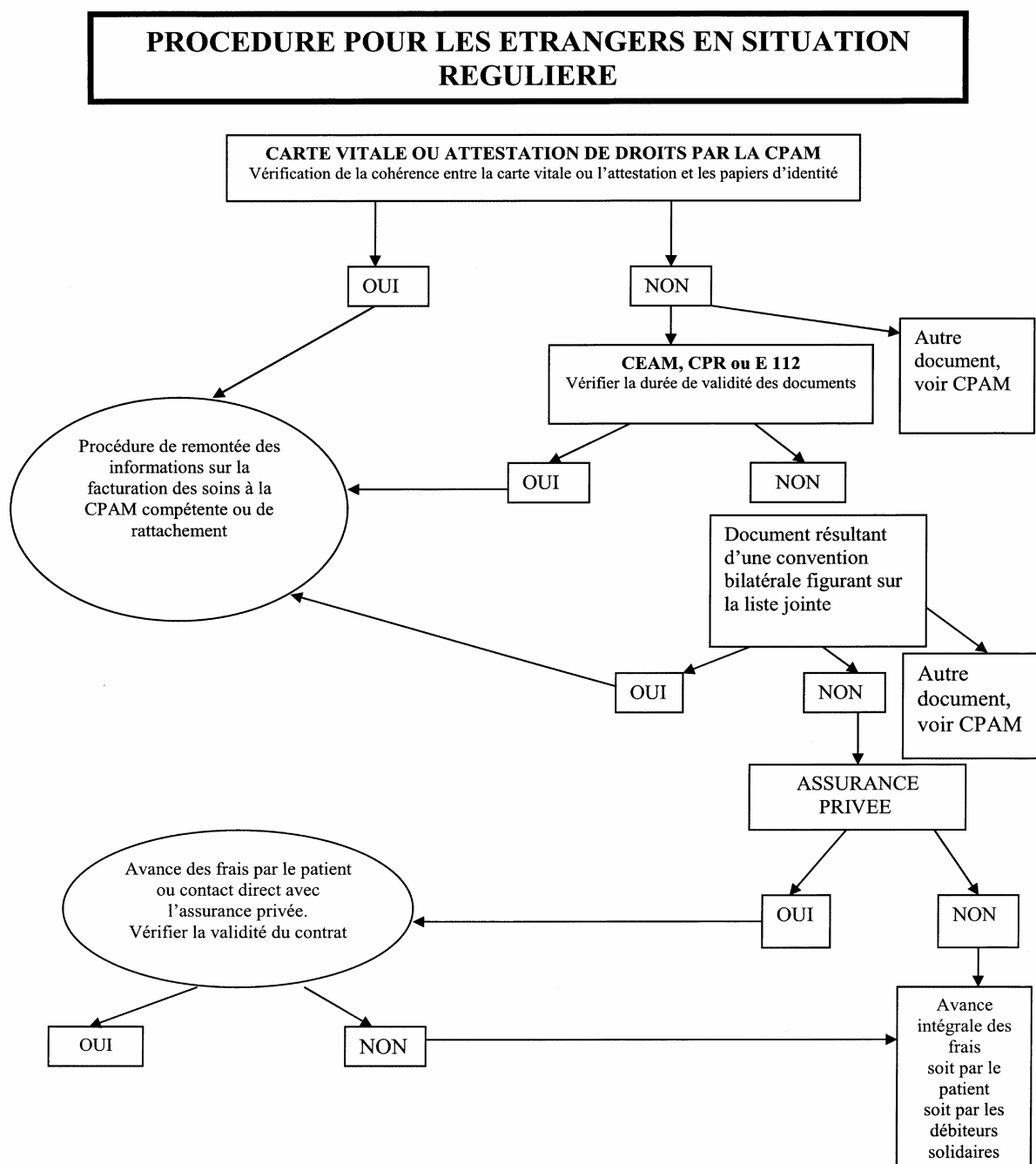
1. Etrangers résidant régulièrement en France



2. Etrangers résidant irrégulièrement en France



3. Procédure pour les étrangers en situation régulière



FICHE 3.2. Liste des accords bilatéraux de sécurité sociale et formulaires à présenter

	Formulaires pouvant être présentés directement à l'hôpital
PAYS	
Algérie Convention	SE 352-01 (Détaché et membres de la famille qui l'accompagnent)
Algérie Protocole	SE 352-301 (autorisation de recevoir des soins en France) SE 352-302 (soins urgents au cours d'un séjour temporaire)
Andorre	SE130-04 (soins immédiatement nécessaires au cours d'un séjour temporaire) SE 130-05 (Transfert de résidence ou soins autorisés) SE 130- 08 (Détaché) SE 130-11 (soins liés à un accident du travail)
Bénin	Néant
Bosnie	SE 21-01 (détaché)
Canada	Néant
Cameroun	Néant
Cap-vert	Néant
Chili	Néant
Congo	Néant
Corée	Néant
Cote d'Ivoire	Néant
Croatie	SE 21-01 (détaché)
Etats Unis	Néant
Gabon	SE 328-01 (détaché)
Japon	Néant
Macédoine	SE 21-01 (Détaché)
Madagascar	Néant
Mali	SE 335-01 (Détaché)
Maroc	Néant
Mauritanie	Néant
Monaco	Néant
Monténégro	SE 21-01 (Détaché)
Niger	Néant
Québec	Néant
Sénégal	Néant
Serbie	SE 21-01 (Détaché)
Togo	Néant
Tunisie	SE351-06 (Détaché)
Turquie	SE 208-01 (Détaché)
TERRITOIRES	
Polynésie française	SE 980-04 SE 980-05 SE 980-10
Nouvelle Calédonie	SE 988-03 SE 988-04 SE 988-09
Mayotte	Prise en charge directe par la caisse mahoraise

FICHE 3.3. Patient étranger non assuré d'un régime français en séjour temporaire

1. Les textes de référence

- Conventions bilatérales de sécurité sociale :
 - o Site du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) : www.cleiss.fr.
- Règlements (CE) n°1408/71 et 574/72 de coordination des systèmes de sécurité sociale en UE-EEE-Suisse : www.cleiss.fr ;
- Code de l'action sociale et des familles :
 - o Articles [L 254-1](#) et [L 254-2](#) relatifs aux soins urgents.
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
 - o Articles [L 121-1](#), [R 121-1](#), [R 121-3](#), [R 121-4](#) et [R 121-5](#) relatifs à la définition du droit au séjour.
- Code de la santé publique :
 - o Article [R 6145-4](#) relatif au versement d'une provision.
- Circulaire DSS/DACI/2004/243 du 25 mai 2004 précisant pour les établissements de santé les conditions de mise en œuvre de la CEAM.

Il est nécessaire de distinguer les personnes en séjour temporaire régulier et les personnes en séjour temporaire irrégulier.

2. Les personnes en séjour temporaire régulier

2.1. Les assurés d'un état membre de l'UE – EEE – Suisse

2.1.1. Concernant les soins médicalement nécessaires durant le séjour

Le patient doit être titulaire d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou d'un certificat provisoire de remplacement (CPR).

Les personnes couvertes par un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen (UE – EEE) ou en Suisse (assurés et membres de famille) bénéficient, en règle générale (cas particuliers : voir 2.1.2. et 2.1.3.) d'une couverture de leurs soins de santé médicalement nécessaires (ne recouvrant pas les soins programmés), reçus pendant leur séjour temporaire en France.

Pour bénéficier de cette prise en charge, les intéressés doivent présenter, lors de leur admission à l'hôpital (justification d'identité à l'appui), leur CEAM ou, à défaut, un CPR, délivrés par leur institution d'affiliation.

La CEAM (ou le CPR) permet en effet à son porteur d'être traité comme s'il était assuré d'un régime français d'assurance maladie : ainsi, la personne couverte par le régime d'un autre État membre doit s'acquitter que la part restant à la charge d'un assuré d'un régime français qui ne dispose pas d'assurance maladie complémentaire (le cas échéant : le ticket modérateur, les forfaits hospitaliers, 18 euros, etc.).

Il convient de réclamer **immédiatement** ces frais aux patients, et non de leur envoyer une facture après leur retour à l'étranger, afin d'éviter le risque de non recouvrement des montants correspondants.

La circulaire DSS/DACI/2004/243 du 25 mai 2004 précise, pour les établissements de santé, les conditions de mise en œuvre de la CEAM.

2.1.2. Concernant les soins programmés

Le patient doit être titulaire d'un E112.

Concernant un séjour pour des raisons médicales (soins programmés) dans un Etat membre (UE – EEE – Suisse), l'assuré doit présenter le formulaire E112 remis par son Etat d'affiliation, dès la prise de rendez-vous.

L'hôpital doit s'assurer de la validité du formulaire E112, lors de l'organisation du séjour et éviter toute régularisation a posteriori. La prise en charge des frais engagés se fait alors par la CPAM de rattachement de l'hôpital, sur la base des tarifs français.

2.1.3. Le patient est dans l'impossibilité de produire un document communautaire

Pour obtenir le document prouvant l'existence de cette couverture maladie, l'établissement doit :

- Soit demander à l'assuré de contacter son institution d'affiliation étrangère en vue d'obtenir une CEAM ou un CPR ou un formulaire E112 ;
- Soit contacter directement l'institution d'affiliation étrangère ou par l'intermédiaire de la CPAM de rattachement.

Compte tenu du coût élevé des soins, il est préférable de rechercher si le patient ne dispose pas d'une couverture maladie. Si aucun document ne permet d'attester des droits du patient, ce dernier, ou ses débiteurs solidaires (☞ fiche relative à la détermination des débiteurs autres que le patient, page 35), doivent s'acquitter des frais afférents aux soins reçus.

2.2. Les personnes couvertes dans le cadre d'une convention bilatérale

☞ Liste des conventions bilatérales et des formulaires à présenter, page 71.

Un nombre limité d'Etats sont liés à la France par des conventions bilatérales de sécurité sociale, permettant aux assurés de l'Etat de bénéficier du service des prestations de l'assurance maladie française.

- Personnes concernées : titulaires d'un formulaire conventionnel (figurant sur la liste) ;
- Les factures sont alors prises en charge par la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement pour le compte de l'Etat d'affiliation. **Il convient de vérifier à chaque fois si la convention prévoit des soins programmés, ou seulement des soins urgents, dans l'autre pays sur la base d'un formulaire conventionnel.**

2.3. Les autres personnes

2.3.1. Les ressortissants communautaires assurés à l'étranger (en dehors d'un Etat de l'UE – EEE – Suisse ou un Etat ayant signé une convention bilatérale)

Ces personnes doivent être titulaires d'une assurance privée. Les soins programmés font l'objet du versement d'une provision.

2.3.2. Les étrangers non communautaires non assurés d'un Etat membre

Ces personnes doivent être titulaires d'une assurance privée. Les soins programmés font l'objet du versement d'une provision.

N'étant pas couvertes par un régime de sécurité sociale coordonné avec le régime français, elles doivent régler l'intégralité des frais.

Cette obligation s'impose également aux ressortissants communautaires non couverts pour leurs soins de santé, à leur arrivée sur le territoire français, par un régime d'un autre Etat membre ou une assurance privée.

Tout étranger non communautaire désireux d'entrer en France, qu'il soit soumis ou non à une obligation d'obtention d'un visa, a, en application des articles [L 211-1](#) et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), l'obligation de contracter une assurance privée couvrant ses éventuelles dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, qu'il pourrait exposer en France.

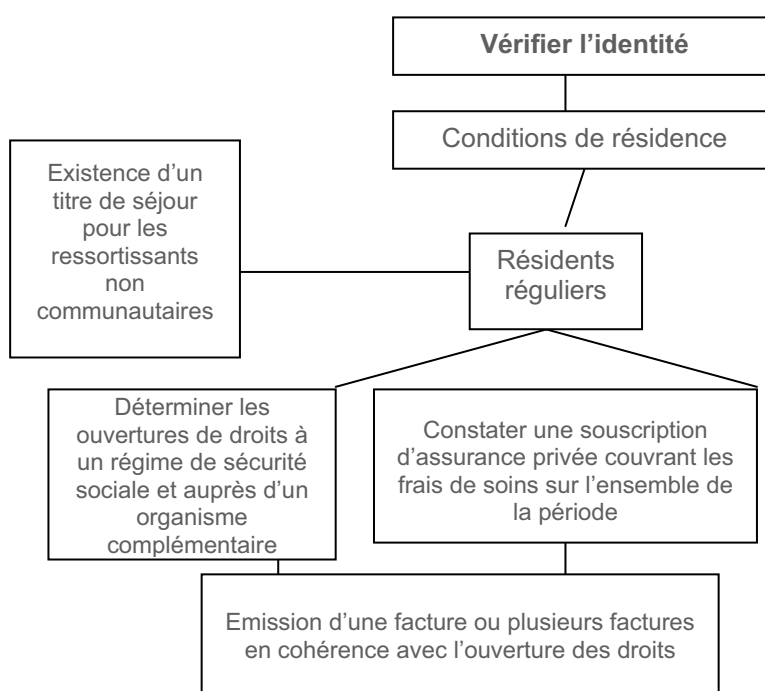
Les étrangers non communautaires peuvent bénéficier d'un visa touristique obtenu grâce à une attestation d'accueil ou un certificat d'hébergement d'une personne vivant sur le sol français. Ces documents comportent un engagement à subvenir aux besoins de l'étranger de passage. Cet engagement n'est toutefois pas recevable pour couvrir des frais d'hospitalisation (cf. fiche relative à la détermination du débiteur autre que le patient, page 35).

2.3.3. Le schéma d'instruction des dossiers

Le principe est de rechercher si le patient dispose d'une protection sociale.

A défaut d'affiliation à un régime de protection sociale et sous réserve de la détention d'une assurance privée, le patient doit régler l'intégralité de ses dépenses.

- Au moment de l'admission, s'assurer de l'identité de la personne et voir si elle réside régulièrement en France (existence d'un titre de séjour en bonne et due forme pour les ressortissants non communautaires) ;
- Déterminer les ouvertures de droits à un régime de sécurité sociale et auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, caisse complémentaire, etc.) ;
- Ou constatation d'une souscription d'assurance privée couvrant précisément les soins en question et sur l'ensemble de la période concernée par les soins ;
- Émission d'une facture en cohérence avec l'ouverture des droits, et le cas échéant, une facture pour le complément à l'encontre du patient.



3. Les personnes en séjour temporaire irrégulier

Aucun dispositif ne permet de couvrir les personnes en séjour temporaire en France ne disposant pas de couverture maladie auprès d'un organisme public ou privé étranger.

Il peut par exemple s'agir de touristes non soumis à l'obligation de détenir un visa et dont les conditions d'entrée et de séjour sur le territoire français qui s'imposent à eux n'ont pas été vérifiées.

En effet, les ressortissants de l'Union européenne, bien que disposant d'une liberté de circulation dans l'UE ne disposent pas pour autant d'une liberté d'installation et de résidence en France. Ils peuvent être en situation irrégulière s'ils ne possèdent pas lors de leur arrivée en France une assurance couvrant l'ensemble des risques maladie et maternité auxquels ils peuvent être exposés durant leur séjour sur le territoire (articles [L 121-1](#) et suivants du CESEDA).

Dans ces situations, les personnes doivent avancer l'intégralité des frais pour leurs soins de santé ce qui implique un risque fort de créances irrecevables.

FICHE 3.4. Patient étranger non assuré d'un régime français résident en France

1. Les textes de référence

- Conventions bilatérales de sécurité sociale :
 - o Site du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) : www.cleiss.fr.
- Règlements (CE) n°1408/71 et 574/72 de coordination des systèmes de sécurité sociale en UE-EEE-Suisse : www.cleiss.fr ;
- Code de l'action sociale et des familles :
 - o Articles [L 254-1](#) et [L 254-2](#) relatifs aux soins urgents.
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
 - o Articles [L 121-1](#), [R 121-1](#), [R 121-3](#), [R 121-4](#) et [R 121-5](#) relatifs à la définition du droit au séjour.
- Code de la santé publique :
 - o Article [R 6145-4](#) relatif au versement d'une provision.

Deux cas de figure doivent être distingués : les patients résidant régulièrement en France et les patients résidant irrégulièrement en France.

2. Les étrangers résidant régulièrement en France

Ces personnes répondent aux conditions posées par l'article [L 121-1](#) du CESEDA.

2.1. Les ressortissants communautaires et ressortissants d'Etats tiers assurés d'un état membre de l'UE – EEE – Suisse

- Documents à produire par les personnes concernées : carte vitale ou attestation de la CPAM ;
- Les factures sont présentées à la CPAM du lieu où la personne s'est inscrite.

NB : Les personnes titulaires d'un formulaire E 121 doivent le faire valider par la CPAM qui leur délivre une carte Vitale ou une attestation de droits, seuls documents valables pour l'établissement de santé.

Cas particulier des accidents du travail : les personnes sont titulaires d'un formulaire E123, délivré par l'organisme étranger qui a reconnu l'accident du travail.

Les personnes assurées d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen (UE - EEE) ou en Suisse bénéficient des prestations de l'assurance maladie française pour le compte de leur Etat d'affiliation, ainsi que de la dispense d'avance des frais dès lors que leurs droits sont bien établis et vérifiés.

Elles sont en général titulaires d'une carte vitale. Si tel n'est pas le cas, elles disposent d'un formulaire permettant à la CPAM compétente de prendre en charge les frais, comme si la personne était assurée d'un régime français d'assurance maladie.

2.2. Les ressortissants communautaires non assurés d'un Etat membre

- Personnes concernées : inactifs, pensionnés d'un régime étranger (lorsque la pension d'un Etat membre n'entraîne pas droit aux soins de santé), étudiants (sans droits au regard de la législation d'un autre Etat membre), titulaires d'une assurance privée.

Pour résider régulièrement en France, les ressortissants communautaires étudiants, pensionnés ou inactifs, qui ne sont pas assurés d'un régime d'un autre Etat membre, doivent être couverts par une assurance privée pour leurs soins de santé reçus sur notre territoire. Ils sont dans ce cas détenteur d'une attestation d'assurance ainsi que du contrat d'assurance.

L'hôpital doit mettre à profit la période de séjour du patient pour s'assurer de la prise en charge des frais par la compagnie d'assurance.

Pour les personnes dans l'impossibilité de justifier d'une telle assurance, elles payent la totalité de leurs frais ; elles versent une provision en cas de soins programmés.

2.3. Les assurés d'un Etat lié à la France par une convention bilatérale de sécurité sociale bénéficiant du service des prestations de l'assurance maladie française prévue par cette convention

☞ Liste des conventions bilatérales et des formulaires à présenter, page 71.

- Documents à produire par les personnes concernées : la carte Vitale, ou une attestation de droits, est délivrée pour les étrangers qui résident de façon permanente en France (ex : les pensionnés et les membres de leur famille) ;
- Les factures sont présentées à la CPAM du lieu où la personne s'est établie. Ces personnes bénéficient de la dispense d'avance des frais.

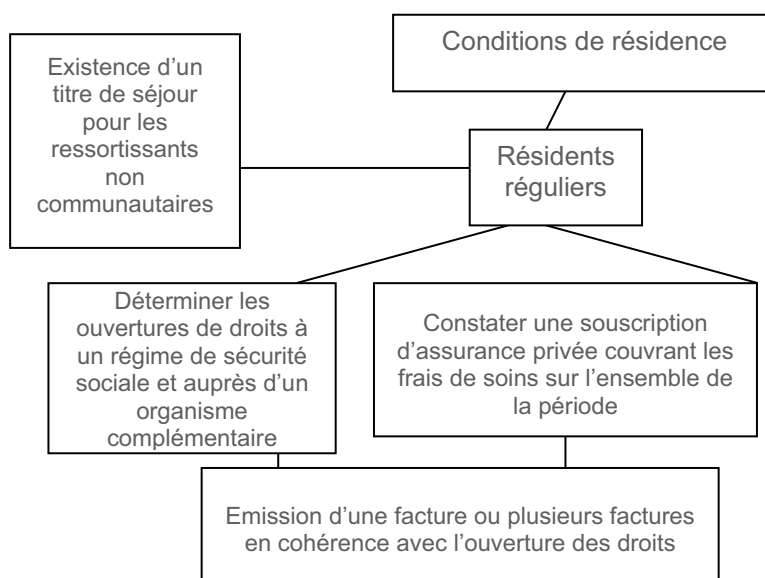
NB : si la convention ne leur permet pas de bénéficier des prestations de l'assurance maladie française, les personnes concernées doivent être titulaires d'une assurance privée.

2.4. Le schéma d'instruction des dossiers

Le principe est de rechercher si le patient dispose d'une protection sociale.

A défaut d'affiliation à un régime de protection sociale et sous réserve de la détention d'une assurance privée, le patient doit régler l'intégralité de ses dépenses. L'hôpital peut aussi se retourner vers les débiteurs solidaires (cf. fiche relative à la détermination du débiteur autre que le patient).

- Au moment de l'admission, s'assurer de l'identité de la personne et s'informer, dans la mesure du possible, des conditions de résidence en France ;
- Déterminer les ouvertures de droits à un régime de sécurité sociale et auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, caisse complémentaire ...) ;
- Ou constatation d'une souscription d'assurance privée couvrant précisément les soins en question et sur l'ensemble de la période concernée par les soins ;
- Émission de factures en cohérence avec l'ouverture des droits, et le cas échéant, une facture à l'encontre du patient ou de ses débiteurs solidaires.



3. Les personnes résidant irrégulièrement en France

Ces personnes ne répondent pas aux conditions posées par l'article [L 121-1](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Des dispositifs spécifiques peuvent alors être mis en œuvre dans certaines conditions.

3.1. Dispositif des soins urgents pour les personnes en France depuis moins de 3 mois

☞ Fiche « [Soins urgents](#) », page 81.

3.2. Dispositif de l'aide médicale de l'état pour les personnes en France depuis plus de 3 mois

☞ Fiche « [Aide médicale de l'Etat](#) », page 78.

3.3. Les personnes en centre de rétention

Les personnes retenues ou en instance de reconduite à la frontière peuvent, si leur état nécessite des soins médicaux, être prises en charge au titre de l'AME.

☞ Fiche « [Centres de rétention administrative](#) », page 99.

FICHE 3.5. Aide médicale de l'État (AME)

1. Les textes de référence

- Loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU ;
- Articles [L 251-1](#) à [L 253-4](#) du code de l'action sociale et des familles ;
- Décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat ;
- Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat ;
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat.

2. Définition et principes

L'aide médicale de l'État (AME) assure une protection médicale aux étrangers **qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale**, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France.

- Elle concerne principalement des étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire national depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un certain seuil ;
- La décision d'attribution de l'AME relève toujours de la caisse d'assurance maladie qui agit par délégation du préfet ;
- Les bénéficiaires de l'AME peuvent recevoir des soins en établissements de santé comme en cabinet de ville.

Pour mémoire : introduite par la loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU, l'AME se substitue depuis le 1er janvier 2000 au dispositif antérieur d'aide médicale qui concernait Français et étrangers sans couverture de santé et était à la charge principalement des départements et par exception de l'Etat pour les personnes sans résidence stable.

3. Le rôle de l'établissement de santé

Principe général :

L'établissement doit rechercher auprès des patients les informations relatives à leur protection sociale. Le bureau des entrées, aidé le cas échéant des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), doit recueillir les informations lui permettant d'orienter un patient vers le dispositif de prise en charge adapté à sa situation, lorsque ce patient ne peut justifier de droits à un régime de sécurité sociale. A défaut d'une telle prise en charge, le patient doit s'acquitter de ses frais.

Cas particulier des patients étrangers :

Les services hospitaliers doivent s'attacher prioritairement à distinguer les patients étrangers ne résidant pas en France et ceux qui résident en France.

Les patients étrangers ne résidant pas en France sont tenus, en application des articles [L 211-1](#) et [R 211-29](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, de disposer d'un contrat d'assurance souscrit par lui-même ou par l'hébergeant, qui doit couvrir, à hauteur d'un montant minimum fixé à 30 000 euros, l'ensemble des dépenses médicales et hospitalières susceptibles d'être engagées pendant toute la durée du séjour en France. Si le patient n'a pas d'assurance, lui ou, à défaut, sa famille ou un tiers responsable doivent, en application de l'article [R 6145-4](#) du code de la santé publique, verser au moment de l'entrée dans l'établissement une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Les patients étrangers résidant en France donnent lieu à la même recherche d'informations relatives à leur protection sociale que les autres patients résidant en France. Si le patient étranger ne peut présenter aucun justificatif de droits ouverts à une couverture de santé alors qu'il réside en France, il est susceptible de relever d'une prise en charge par l'AME ; l'établissement de santé peut présenter à la CPAM un dossier de demande d'aide médicale de l'État.

Les établissements de santé doivent être vigilants sur la date à laquelle ils présentent cette demande de prise en charge : si la date de délivrance des soins est antérieure à la date de dépôt de la demande, les soins sont pris en charge si les deux conditions suivantes sont réunies :

- A la date à laquelle les soins sont délivrés, le demandeur résidait en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois ;
- La demande d'admission à l'AME a été déposée avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la délivrance des soins.

4. L'attribution de l'AME et la constitution du dossier

La décision d'attribution de l'AME relève toujours de la CPAM qui agit par délégation du préfet.

La CPAM envoie sa décision au bénéficiaire. Dans la décision figurent la date d'effet et la durée de validité :

- L'admission est accordée pour **une période d'un an** à compter de la date du dépôt de la demande, ou du début des soins dans les conditions rappelées ci-dessus. Elle peut être reconduite chaque année à la demande du bénéficiaire. Elle vaut pour le bénéficiaire et les personnes à sa charge résidant en France ;
- **La décision d'admission à l'AME prend effet à la date du dépôt de la demande.**

Les dossiers et les dépôts de demande d'AME se font auprès des services des caisses primaires d'assurance maladie, des centres communaux d'action sociale (CCAS), des services sanitaires et sociaux des départements et des associations agréées.

La date du dépôt de la demande est celle à laquelle l'organisme instructeur (la CPAM) la réceptionne.

Conditions à remplir :

Le bénéfice de l'AME est subordonné à des conditions de résidence et de ressources. Ces conditions ainsi que l'identité du demandeur et des personnes à sa charge, sont vérifiées par les caisses. Le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État fixe la liste des documents servant à la justification de ces conditions.

☞ Pour connaître le détail des conditions à remplir, consulter la circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/n°407 du 27 septembre 2005.

Il est rappelé que c'est le directeur de la CPAM qui est compétent pour prononcer l'admission à l'AME.

5. Les soins pris en charge par l'AME

L'AME permet l'accès :

- Aux consultations médicales : qu'elles soient dispensées en ville ou dans un établissement de santé ;
- Aux examens complémentaires ;
- Aux médicaments ;
- Aux soins infirmiers et dentaires ;
- Aux prothèses dentaires et d'optique dans la limite du tarif de responsabilité ;
- A l'hospitalisation avec prise en charge du forfait journalier.

Les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

6. Les cas particuliers

Les soins urgents pour les étrangers en situation irrégulière résidant depuis moins de 3 mois et ne bénéficiant pas de l'AME

☞ Fiche spécifique sur le sujet (couverture limitée aux besoins urgents et vitaux pour les soins dispensés exclusivement dans les établissements de santé, page 81).

Les établissements doivent présenter à leur CPAM une demande d'AME préalablement à l'imputation des soins sur le dispositif des soins urgents, afin de permettre la vérification de l'absence de droits au titre de l'AME.

Rejet de la demande d'AME

La demande d'AME peut être rejetée par la CPAM. Celle-ci doit motiver sa décision, conformément aux dispositions de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs.

L'AME à titre exceptionnel par décision individuelle prise par le ministre

Pour une personne ne résidant pas en France, présente sur le territoire français et dont l'état de santé le justifie, le ministre chargé de l'action sociale peut, à titre **très exceptionnel**, accorder une prise en charge ponctuelle de soins et d'hospitalisation en France pour des motifs humanitaires (article [L 251-1](#) 2^{ème} alinéa du code de l'action sociale et des familles).

Le Conseil d'État a établi que l'AME accordée à ce titre par décision individuelle prise par le ministre ne constitue pas un droit mais une simple faculté laissée au ministre discrétionnairement. La demande adressée au cabinet du ministre chargé de l'action sociale doit être accompagnée d'un dossier médical, d'un dossier social et d'un devis établi par l'établissement de santé pour l'hospitalisation envisagée. Les DDASS et la Direction générale de l'action sociale (DGAS) qui assure l'instruction de ces demandes fournissent sur demande la liste des pièces indispensables.

Les Français de l'étranger

Les Français résidant habituellement à l'étranger et non couverts par un régime de sécurité sociale, venant en France recevoir des soins, peuvent, si leur rapatriement est pris en charge par le ministère des affaires étrangères, bénéficier de l'AME exceptionnelle à titre humanitaire après examen du dossier médical et social établi par ledit ministère, pour la période limitée allant jusqu'à la date de leur accès à une couverture de santé de l'assurance maladie.

Les enfants mineurs des demandeurs de l'aide médicale de l'État résidant en France en situation irrégulière

Lorsque des étrangers résidant en France en situation irrégulière qui sollicitent l'AME sans justifier d'une résidence en France ininterrompue depuis plus de trois mois, ont des enfants mineurs, les CPAM inscrivent provisoirement ceux-ci à l'AME durant les trois premiers mois, à compter du jour de la demande d'AME. Les enfants mineurs bénéficient de la prise en charge de leurs soins de santé par l'AME, jusqu'au jour où, leurs parents justifiant de la condition de trois mois de séjour en France, il est possible de les enregistrer comme personnes à charge des bénéficiaires de l'AME, ou le cas échéant comme ayants droit de leurs parents affiliés à un régime de sécurité sociale.

FICHE 3.6. Soins urgents aux étrangers en situation irrégulière

1. Les textes de référence

- Articles [L 251-1](#), [L 251-2](#), [L 253-2](#) (AME – Aide Médicale d'Etat), [L 254-1](#) (soins urgents) du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Article [L 6145-4](#) du Code de la Santé Publique (versement de la provision) ;
- Articles [L 162-16-5](#), [L 321-1](#) et [L 331-2](#) du Code de la Sécurité Sociale ;
- Articles [L 121-1](#), [R 121-1](#) et [R 121-3](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Circulaire DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 sur la prise en charge des soins urgents ;
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 29 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat ;
- Circulaires DHOS/F4/2006 n° 463 du 25 octobre 2006 relative à la facturation des soins délivrés en 2005 et circulaire DHOS/F4/2007/200 du 15 mai 2007 relative à la facturation et au paiement des soins urgents délivrés en 2006 ;
- Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire du 16 mars 2005 ;
- Arrêt AIDES du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 (sur la prise en charge des enfants) ;
- Référé Conseil d'Etat Lakdar du 19 juin 2007 (sur la procédure « kafala »).

2. Les principes régissant le dispositif

Le dispositif dit des soins urgents concerne les étrangers en situation irrégulière. Il est limité aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou de l'enfant à naître, dispensés dans les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation soit dans le cadre des actes et consultations externes, y compris la délivrance des médicaments.

2.1. Les bénéficiaires

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 :
 - o Soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir ;
 - o Soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution ;
 - o Soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

Remarque : les ressortissants de l'Union européenne, bien que disposant d'une liberté de circulation dans l'UE ne disposent pas pour autant d'une liberté d'installation et de résidence en France. Ils peuvent être en situation irrégulière s'ils ne possèdent pas lors de leur arrivée en France une assurance couvrant l'ensemble des risques maladie et maternité auxquels ils peuvent être exposés durant leur séjour sur le territoire (article [L 121-1](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). Dès lors que ces ressortissants communautaires inactifs ne remplissent pas la condition de résidence de trois mois sur le territoire, ils sont éligibles aux soins urgents.

2.2. Les prestations

Ce sont :

- Les **prestations d'assurance maladie** définies à l'article [L 321-1](#) 1° (médecine, hospitalisation, chirurgie, soins de suite et de réadaptation), 2° (transports), 4° (frais de soins et d'hospitalisation concernant l'IVG), 6° (actes et traitements à visée préventive) ;

- Et les prestations d'assurance maternité de [l'article L 331-2](#) du code de la sécurité sociale dispensées exclusivement en établissements de santé ;
- Les médicaments prescrits à l'occasion des soins dans l'établissement sont pris en charge.

Pour plus de précisions sur les bénéficiaires et les prestations, se référer à la circulaire du 16 mars 2005.

2.3. La facturation

Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « soins urgents » sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie, pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'Etat.

Pour les établissements publics de santé et les établissements privés antérieurement sous dotation globale les prestations sont facturées sur la base des tarifs journaliers de prestations pour les soins ayant donné lieu à hospitalisation ou des tarifs de la NGAP ou de la CCAM pour les soins externes.

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

Pour les années 2004, 2005 et 2006, les soins urgents ont fait l'objet d'une facturation annuelle et globale aux CPAM ou aux CGSS, sur instruction du ministre chargé de la santé.

Les prestations n'entrant pas dans le dispositif soins urgents sont facturées en totalité au patient.

3. La procédure applicable dans les établissements de santé

- Rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie (notamment rechercher si la personne ne relève pas d'une convention internationale ou de l'aide médicale de l'Etat - AME -) ;
- Vérifier les critères de durée et d'irrégularité de la résidence sur le territoire ;
- Présenter une demande d'AME à la CPAM ou à la CGSS : l'instruction de cette demande par la CPAM ou la CGSS permet un contrôle approfondi du dossier du patient, avant sa facturation au titre des soins urgents si la demande d'AME est rejetée ;
- Conserver dans le dossier toute pièce justificative de la situation du patient et de l'urgence des soins (notamment les éléments d'ordre médical pour le service du contrôle médical).

4. Le cas particulier des enfants mineurs

- Les mineurs étrangers en situation irrégulière : ils doivent être admis à l'AME sans condition de durée de résidence¹ (☞ fiche sur l'AME, page 78). Toutefois, avant d'envisager une attribution en leur nom propre, une demande d'AME doit être constituée au nom du ou des personnes ayant l'autorité parentale.
- Les mineurs adoptés dans le cadre de la procédure coranique « kafala » ne sont pas considérés comme ayants droit dans la législation française (☞ Conseil d'Etat jugeant en référé - 19 juin 2007).
- Age de la majorité : c'est celui fixé par la loi française, c'est-à-dire 18 ans et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine.

¹ Le Conseil d'Etat a annulé, dans une décision du 7 juin 2006, les deux décrets 2005-859 relatif à l'aide médicale de l'Etat et 2005-860 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME « en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L 251-1 du CASF », sur la base de la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990 (article 3-1 de cette convention : « dans toutes les décisions qui concernent les enfants...l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »).

FICHE 3.7. Patient français expatrié

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale : livre 7, titre 6 (Français résidant à l'étranger – travailleurs migrants) ;
- Articles [L 761-2](#) et [R 761-1](#), [L 762-1](#) et [R 762-1](#) et suivants du code de la sécurité sociale.

2. Les différentes situations des Français expatriés

Les Français expatriés ou travaillant à l'étranger peuvent se trouver dans différentes situations au regard de leur couverture maladie (et accident du travail) :

- Soit conserver leurs droits à la sécurité sociale française : cas des travailleurs détachés ;
- Soit adhérer à une assurance volontaire : cas des expatriés adhérant à la caisse des Français de l'étranger ;
- Soit bénéficier du régime de sécurité sociale du pays d'accueil ;
- Soit disposer d'une assurance privée ;
- Soit n'avoir aucune couverture maladie.

L'examen des documents produits par le patient doit permettre à l'établissement de vérifier l'existence de ses droits et mettre en œuvre la procédure adaptée.

2.1. Cas des travailleurs salariés détachés à l'étranger

☞ Livre 7 – titre 6 – chapitre 1 du code de la sécurité sociale.

Le travailleur détaché à l'étranger par son employeur pour y exercer temporairement une activité salariée demeure soumis à la législation française de sécurité sociale :

- Soit en vertu de conventions ou de règlements internationaux : il est alors réputé, pour l'application de cette législation, avoir sa résidence et son lieu de travail en France (articles [L 761-1](#) et [R 761-1](#) du code de la sécurité sociale) ;
- Soit à la condition que son employeur s'engage à s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues pendant une durée maximale de 3 ans renouvelable 1 fois (articles [L 761-2](#) et [R 761-1](#) du code de la sécurité sociale).

Dans les 2 cas, la personne conserve sa **carte Vitale** pour les soins délivrés en France.

2.2. Cas des travailleurs salariés expatriés affiliés à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE)

☞ Livre 7 – titre 6- chapitres 2,3, 4, 5 et 6 du code de la sécurité sociale.

Les travailleurs salariés qui exercent leur activité dans un pays étranger et ne sont plus soumis à la législation française de sécurité sociale **peuvent adhérer** aux assurances volontaires proposées par la Caisse des Français de l'étranger (articles [L 762-1](#) et [R 762-1](#) et suivants du code de la sécurité sociale).

Cette assurance volontaire peut porter sur l'assurance maladie-maternité et/ou l'assurance accidents du travail / maladies professionnelles (réservée aux salariés).

La CFE délivre à ses adhérents une **carte d'assuré social** pour leur permettre d'attester de leur qualité d'assuré auprès des établissements de soins.

A noter : cette assurance volontaire s'adresse également à toute personne qui part à l'étranger pour y travailler, y étudier ou simplement y résider, ainsi qu'à des ressortissant de l'EEE ou de la Suisse sous certaines conditions. Cela concerne donc des étudiants, des actifs, des inactifs et des pensionnés, notamment.

2.3. Cas des expatriés non soumis à la législation française de sécurité sociale et non affiliés à la CFE

Ces personnes ne sont titulaires ni de la carte d'assuré social CFE, ni de la carte Vitale.
Par contre, ces personnes peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs frais médicaux :

- Au titre du système d'assurance maladie du pays où elles vivent ;
- Ou au titre d'une assurance privée.

Les documents qu'elles peuvent produire correspondent alors à ceux attendus des étrangers en situation régulière, non assurés d'un régime français de sécurité sociale en séjour temporaire (cf fiche correspondante) : par exemple, des Français expatriés dans un Etat membre de l'EEE peuvent présenter une carte européenne d'assurance maladie (CEAM).

3. Procédures à mettre en œuvre pour ce qui concerne les Français relevant de la CFE

**Principe : La demande de prise en charge administrative est obligatoire s'agissant des expatriés.
En cas d'hospitalisation en France, l'établissement doit faire une demande de prise en charge à la CFE.**

Cette demande de prise en charge, adressée à la CFE, concerne :

- Les actifs : salariés, non salariés, étudiants et autres catégories. La CFE délivre des prises en charge selon les modalités indiquées au dos de la carte d'assuré social CFE et consultables sur le site Internet de la caisse ;
- Les pensionnés d'un régime de retraite (MSA, Caisse militaire, CANAM...) autre que le régime général ou la CAVIMAC.

Si le service des admissions de l'établissement n'a pas d'accès à Internet, il est possible de demander la prise en charge par les imprimés « SP4 » et « Réf 614 » par courrier ou par fax (01 64 71 70 74)

Exceptions :

- Les pensionnés du régime général adhérant à la CFE : la demande de prise en charge doit être faite à la CPAM de Tours ;
- Les retraités de la Caisse des Cultes adhérant à la CFE : la demande doit être faite à la CAVIMAC à Levallois.

4. Dispositifs de prise en charge ne relevant pas de l'assurance maladie obligatoire

FICHE 4.1. Relations avec les organismes d'assurance maladie complémentaires

1. Les textes de référence

Code de la sécurité sociale :

- Articles [L 174-4](#) (forfait journalier), [L 322-2](#) (ticket modérateur), [R 322-1](#) (ticket modérateur), [R 322-8](#) (ticket modérateur forfaitaire – 18€)

2. Les catégories d'organismes complémentaires

Il existe trois catégories d'organismes complémentaires (OCAM ou AMC)... :

- Les mutuelles ;
- Les entreprises d'assurance ;
- Les institutions de prévoyance.

...qui représentent plus de 740 organismes différents.

3. La problématique

Il s'agit de mettre en place les conditions *optimum* de constitution des dossiers d'AMC :

- Afin que les patients puissent bénéficier du tiers payant sur les frais relatifs aux actes et consultations externes et sur les frais de séjour, pour la part non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- Et afin que les établissements soient assurés en retour d'obtenir dans les meilleures conditions le règlement de leurs factures.

3.1. Le tiers payant

Le tiers payant présente un triple intérêt pour les établissements :

- Financier, en raison de l'amélioration de la qualité du recouvrement ;
- Social, pour éviter aux patients de faire l'avance des frais ;
- Et organisationnel lorsque la transmission des factures a pu être dématérialisée.

3.2. Les procédures

Les procédures à mettre en place sont différentes selon qu'il s'agit des actes et consultations externes ou des séjours :

- Les soins externes :
 - o Portent sur des actes ponctuels ;
 - o Leur prise en charge par l'organisme complémentaire ne nécessite pas de demande préalable : la présentation par le patient d'une attestation de tiers payant en cours de validité suffit ;
 - o Les garanties complémentaires sont clairement identifiées par l'attestation (périmètre pris en charge par l'organisme complémentaire, taux de prise en charge par type d'actes ou de soins...).
- Les frais de séjour (hospitalisation) :

- Portent sur des prestations de durée variable, avec plusieurs composantes : forfait journalier, ticket modérateur, 18 €, chambre particulière, etc. ;
- La prise en charge par l'organisme complémentaire se fait après demande préalable le plus souvent, mais parfois sur présentation de l'attestation ;
- Les garanties complémentaires sont plus variées, plus complexes et souvent plafonnées : période de prise en charge du forfait journalier, par exemple.

3.3. L'identification des frais pris en charge par les organismes complémentaires

La carte d'adhérent à l'organisme complémentaire donne tous les éléments permettant de déterminer les frais pris en charge par celui-ci. Il faut retenir que les frais de séjour doivent dans la majorité des cas faire l'objet d'une demande de prise en charge avant de faire bénéficier le patient du tiers payant sur cette partie de ses frais.

NB : Il peut rester une somme à la charge du patient. Cette somme doit faire l'objet d'une facturation et d'une mise en recouvrement dans les meilleurs délais.

Il arrive également que le patient soit adhérent de plusieurs organismes complémentaires : l'établissement recherche dans ce cas la couverture la mieux adaptée à la situation et/ou la plus favorable pour le patient, ou bien encore répartit les frais sur les organismes selon les prestations prises en charge.

3.4. Les conventions de tiers payant

Des conventions de tiers payant peuvent être passées entre les établissements de santé et les organismes complémentaires. Cette convention est facultative, elle permet de définir :

- Les obligations de l'établissement lui permettant de bénéficier d'une garantie de paiement (en particulier vérification de l'attestation) ;
- Le modèle de support de droits pour cet organisme : il est annexé à la convention et sera présenté par l'assuré aux agents des bureaux d'entrée ; la convention décrit le mode de lecture et de vérification de cette carte d'adhérent ;
- Les informations obligatoires devant figurer dans les factures ou dans les prises en charge ;
- Les informations obligatoires devant figurer dans les retours de paiement ou rejets ;
- Les modalités de transmission des factures et de paiement : comment retrouver l'adresse, les délais de paiement, les comptes crédités, etc.

4. La carte de l'adhérent à l'organisme complémentaire base de la garantie de paiement

Tout adhérent à un organisme complémentaire est titulaire d'une carte, appelée aussi attestation de tiers payant. C'est sur la vérification de cette carte que repose principalement la garantie de paiement des frais pris en charge par l'organisme. L'établissement doit donc vérifier très soigneusement, outre l'identification du bénéficiaire, le champ d'application du tiers payant, et la période de validité de la couverture complémentaire.

4.1. La durée de validité

Il n'y a pas de lien entre la durée d'ouverture des droits à un régime de base de sécurité sociale et la durée des droits à une couverture complémentaire. Différents événements peuvent conduire l'adhérent d'un organisme complémentaire à changer de couverture complémentaire (par exemple, changement d'employeur) ou à ne plus bénéficier de couverture complémentaire.

- Le patient dispose d'une carte d'adhérent **régulièrement mise à jour** (une à plusieurs fois par an) par son organisme complémentaire. Cette carte, qui précise l'étendue de la couverture complémentaire, doit être demandée et vérifiée à chaque passage du patient à l'hôpital, y compris lorsque ces passages sont rapprochés ;

- L'attestation de tiers payant a une durée de validité indiquée qui doit être vérifiée par l'établissement. Cette attestation n'est pas nécessairement annuelle. Elle engage l'organisme complémentaire qui la diffuse sur la période de l'attestation ;
- **Le tiers payant ne doit jamais être appliqué sur la base d'une carte dont la période de validité aurait expiré ;**
- De même, la réponse à une demande de prise en charge (pour les frais de séjour) a une période de validité très limitée qu'il faut vérifier impérativement de façon systématique.

4.2. L'identification des bénéficiaires

- Les organismes complémentaires sont habilités à gérer le numéro INSEE, mais cette donnée n'est pas suffisante ;
- Pour traiter correctement une facture ou une prise en charge, l'AMC doit recevoir :
 - o Le numéro INSEE de l'assuré social (carte Vitale AMO), les assurés ne déclarant pas toujours le bon numéro INSEE à l'AMC (des enfants peuvent être rattachés au père et à la mère, l'organisme complémentaire ne connaissant qu'un des 2 numéros INSEE) ;
 - o La date de naissance du bénéficiaire (carte Vitale AMO) ;
 - o Le numéro d'adhérent (porté sur l'attestation AMC) qui doit impérativement être mentionné sur la facture ;
 - o Les noms et prénoms des bénéficiaires (présents sur les factures papier, mais pas sur les factures électroniques).

5. La gestion des codes assurance maladie complémentaire (AMC) et des adresses de facturation

Hors télétransmission, le nom et l'adresse du centre de gestion de l'AMC figurent sur l'attestation de tiers payant ou dans la convention.

En télétransmission, le numéro d'AMC est pris sur l'attestation de tiers payant présentée par l'assuré.

Le numéro d'AMC et le « type de convention » permettent de retrouver l'adresse électronique du destinataire.

La fusion, les regroupements d'AMC : ces AMC assurent en général une continuité de service sur les attestations en cours de validité.

Un principe : pour éviter toute difficulté, l'établissement doit systématiquement vérifier la validité de l'attestation.

FICHE 4.2. Aide sociale aux personnes âgées (ASPA)

1. Les textes de référence

Code de l'action sociale et des familles :

- Articles [L 111-2](#), [L 113-1](#), [L 131-3](#), [L 231-5](#), [L 312-5](#), [L 312-7](#) ;
- Articles [R 231-1](#) à [R 231-6](#).

2. Définition et principes

Si les revenus de la personne âgée ne lui permettent pas de couvrir les frais d'hébergement en maison de retraite et son ticket modérateur, elle peut bénéficier de **l'aide sociale à l'hébergement** pour la prise en charge des sommes à payer.

2.1. Les conditions à remplir

Age	Etre âgé d'au moins 65 ans, ou d'au moins 60 ans en cas d'invalidité au travail
Résidence	Attester d'une résidence stable et régulière en France. Cette disposition concerne : - Les personnes de nationalité française ayant leur résidence en France ; - Les personnes étrangères titulaires d'un titre de séjour en cours de validité ou d'une carte de résident.
Ressources	Les ressources du bénéficiaire doivent être inférieures au montant de la dépense mensuelle prévue.

2.2. Les conséquences de la mise en œuvre de l'aide sociale

- L'aide sociale à l'hébergement n'est versée **qu'en complément de l'obligation alimentaire**. Si les ressources du bénéficiaire ne sont pas suffisantes, la commission d'admission peut solliciter une aide matérielle des proches ;
- **L'obligation alimentaire** :

Définition

L'obligation alimentaire est une aide matérielle qui est due à un membre de sa famille proche (ascendant, descendant) dans le besoin et qui n'est pas en mesure d'assurer sa subsistance.

Son montant varie en fonction des ressources de celui qui la verse et des besoins du demandeur.

Application de l'obligation alimentaire

Cette obligation ne s'applique qu'entre les descendants et peut être partagée en fonction des ressources de chacun. Sont concernés par l'obligation alimentaire :

- Les conjoints entre eux ;
- Les enfants, grands-parents, et parents entre eux ;
- Les beaux parents, leurs gendres et leurs belles-filles entre eux.

Si la participation des obligés alimentaires n'est pas répartie à l'amiable, le juge des affaires familiales est saisi pour déterminer la participation des débiteurs d'aliments, sa décision s'impose à la commission d'admission à l'aide sociale.

Attention

En cas de refus de la part des débiteurs d'aliments de communiquer leurs ressources, le juge aux affaires familiales sera immédiatement saisi par la commission de l'aide sociale.

La récupération sur succession : au décès de la personne âgée, l'aide sociale récupère sur la succession la valeur des versements effectués pour la personne âgée.

2.3. La procédure d'attribution

- La demande d'aide sociale doit être déposée au centre communal d'action sociale (ou bureau d'aide sociale) ;
- Le conseil général soumet ses propositions à la commission d'admission ;
- Cette commission décidera soit l'admission totale, soit le rejet, soit l'admission partielle avec participation des obligés alimentaires ;
- Cette décision sera notifiée à toutes les parties intéressées : demandeur, obligés alimentaires, établissement pour personnes âgées.

En cas de rejet de la demande d'aide sociale, les intéressés disposent d'un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision pour faire appel devant la CDAS (commission départementale d'aide sociale).

Cet appel se fait par lettre recommandée avec accusé de réception à l'attention du président de la commission départementale d'aide sociale.

3. Le champ d'application

La prise en charge par l'aide sociale des frais d'hébergement **n'est possible que dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale**.

Cependant, pour les résidents **en établissement non conventionné**, le service d'aide sociale peut participer **si l'intéressé y a séjourné à titre payant pendant une durée de 5 ans** (article [L 231-5](#) du CASF) et lorsque ses ressources sont insuffisantes pour lui permettre d'assurer son entretien.

4. Les règles de facturation

Depuis le 1^{er} janvier 2002, date de mise en œuvre de la réforme de la tarification et du financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, **la tarification** dans les unités de soins de longue durée (USLD) et les EHPAD **est ternaire**, c'est-à-dire qu'elle se décompose en trois forfaits :

- Forfait hébergement ;
- Forfait dépendance ;
- Forfait soins.

4.1. Les frais d'hébergement

Le tarif hébergement correspond aux frais d'hôtellerie, il est à la charge du résident. **Si le résident n'est pas en mesure de régler sa participation, il pourra demander à bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement**.

4.2. Les frais de dépendance

Le tarif dépendance des personnes classées GIR 1 à 4 est pris en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il est déduit directement par l'établissement de la facture du bénéficiaire. Reste à la charge du résident ou éventuellement de l'aide sociale, un tarif GIR 5-6 (ticket modérateur).

4.3. Les frais de soins médicaux

Le forfait soins est pris en charge totalement par l'assurance maladie.

Cas où la personne âgée est hospitalisée pendant la période

L'établissement facture le forfait hébergement les trois premiers jours d'absence, puis le forfait hébergement déduction faite du forfait journalier hospitalier pour les jours suivants.

FICHE 4.3. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

1. Les textes de référence

Code de l'action sociale et des familles :

- Articles [L 232-1](#), [L 232-2](#) et [L 232-4](#) ;
- Articles [R 232-1](#) à [R 232-6](#), [R 232-18](#) et [R 232-19](#).

2. Définition et principes

2.1. Qu'est-ce que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?

L'APA est une **prestation universelle** car elle concerne l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus, présentant une dépendance forte à moyenne, quel que soit leur revenu et **personnalisée** car modulée en fonction du degré de perte d'autonomie (groupe de dépendance GIR) et des ressources de l'intéressé.

2.2. A qui s'adresse-t-elle ?

Critères	Conditions à remplir
Age	Etre âgé d'au moins 60 ans
Résidence	Attester d'une résidence stable et régulière en France. Cette disposition concerne : - Les personnes de nationalité française ayant leur résidence en France ; - Les personnes étrangères titulaires d'un titre de séjour en cours de validité ou d'une carte de résident.
Perte d'autonomie	Relever d'une dépendance forte à moyenne (GIR 1 à GIR 4)
Ressources	Sont pris en compte : - Le revenu déclaré sur le dernier avis d'imposition ou de non imposition ; - Les revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts ; - A ces revenus s'ajoutent les biens en capital qui ne sont ni exploités ni placés censés procurer un revenu annuel au demandeur. NB. L'APA n'est pas cumulable avec plusieurs prestations dont : - L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ; - La prestation de compensation du Handicap (PCH).

Les personnes susceptibles de remplir les conditions susvisées peuvent constituer un dossier de demande d'APA et l'adresser au conseil général.

2.3. La procédure d'attribution

A l'issue de la phase d'instruction de la demande d'APA, la **décision finale** d'accorder l'allocation **revient au président du conseil général**, sur proposition d'une commission de l'APA, regroupant des représentants des élus, des institutions et des usagers.

Elle doit être **notifiée** au demandeur **dans un délai de 2 mois** à compter de la date de dépôt du dossier complet.

En cas de contestation, **le bénéficiaire peut effectuer un recours** auprès de la commission de l'APA (recours amiable) ou auprès de la commission départementale d'aide sociale (recours contentieux).

L'APA fait l'objet d'une révision annuelle. **Elle peut être révisée à tout moment en cas de modification de la situation de l'intéressé.**

3. Le champ d'application

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 avait prévu que **les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes** ne pourraient désormais accueillir des personnes âgées qu'après avoir conclu une convention tripartite avec le président du conseil général et l'assurance maladie.

En 1999, deux décrets sont venus préciser cette réforme de la tarification pour la fonder, sur l'état de santé de la personne âgée, évaluée à partir de la grille nationale « AGGIR ».

Depuis le 1er janvier 2002, date de mise en œuvre de la réforme de la tarification et du financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, **la tarification** dans les unités de soins de longue durée et les EHPAD **est ternaire**.

Cette réforme a été mise en œuvre alors même qu'un nouveau dispositif, l'« **Allocation personnalisée d'autonomie** » (**APA**) s'est substitué à la prestation spécifique dépendance.

Les dépenses et recettes de l'établissement sont donc désormais éclatées en trois sections tarifaires correspondant aux trois composantes de la prise en charge gériatrique :

- Le **tarif hébergement** qui couvre les dépenses hôtelières ;
- Le **tarif dépendance** qui couvre les dépenses liées à la dépendance ;
- Le **tarif soins** qui couvre les charges relatives aux dépenses de personnel soignant et aux soins médicaux et paramédicaux.

6 groupes « iso ressources » (GIR) sont déterminés **en fonction de la perte d'autonomie** et de l'importance des aides directes nécessaires à la personne. **Seules les personnes relevant des groupes 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.**

L'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins de la personne est effectuée, sur la base de la grille AGGIR, par l'équipe médico-sociale de l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

4. Les règles de facturation

L'APA en établissement aide ses bénéficiaires à acquitter le coût de la dépendance qui correspond à 3 tarifs :

- Un tarif GIR 1 & 2 ;
- Un tarif GIR 3 & 4 ;
- Un tarif GIR 5 & 6.

L'APA ne peut contribuer à prendre en charge que les tarifs GIR 1 & 2, GIR3 & 4.

Tous les résidents, quel que soit leur niveau de dépendance, **acquittent le tarif dépendance GIR 5 & 6 de l'établissement.**

Celui-ci peut être **majoré** si les ressources du demandeur dépassent le plafond fixé par voie réglementaire (article [R 232-19](#) du code de l'action sociale et des familles - ressources supérieures à 2,21 fois la majoration tierce personne (MTP) pour le calcul de l'APA).

En cas d'hospitalisation, l'APA est maintenue pendant les 30 premiers jours. Au-delà, elle est suspendue.

- Les 3 premiers jours d'hospitalisation, **l'établissement facture** le tarif hébergement normalement ;
- A compter du 4ème jour, il facture le tarif hébergement **déduction faite du forfait hospitalier journalier.**

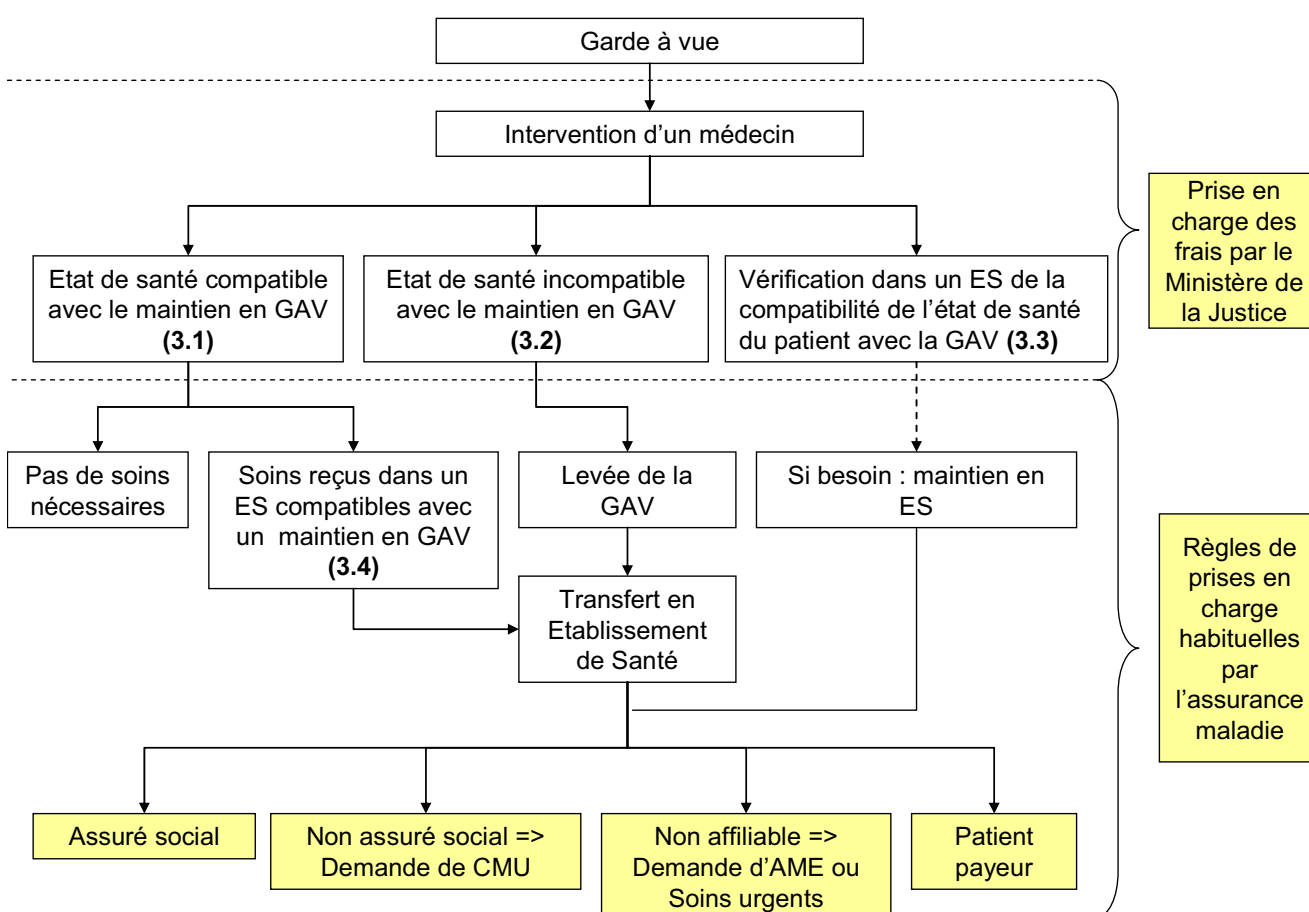
5. Cas particuliers

FICHE 5.1. La personne gardée à vue

1. Les textes de référence

- Article [63-3](#) du code de procédure pénale ;
- Articles [R116-1](#), [R 117](#) à [R 120](#) du code de procédure pénale ;
- Circulaire DH/AF1/98 N°137 du 27 février 1998 précisant les modalités de création des unités médico-judiciaires (UMJ).

2. Schéma de référence



3. Les différentes possibilités de prises en charge des personnes gardées à vue

La durée légale de garde à vue est de 24 heures. Elle peut être prolongée de 24 heures sur autorisation écrite du procureur de la République (possibilité de prolongation à 4 jours en cas de trafic et d'usage de drogue et pour les affaires de terrorisme).

La personne gardée à vue a droit à **un ou plusieurs examens médicaux** à sa demande ou, à défaut, sur demande d'un membre de sa famille, ou si nécessaire et à tout moment, sur instruction du procureur de la République ou sur initiative de l'officier de police judiciaire.

Le médecin qui examine la personne gardée à vue se prononce sur son aptitude au maintien en garde à vue en rédigeant **un certificat médical versé au dossier**.

Afin de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé physique et mental de la personne, avec la mesure de garde à vue, la personne gardée à vue peut être transférée à l'hôpital :

- Pour être examinée dans une structure médico-judiciaire ;
- A la demande du médecin, s'il souhaite des examens complémentaires ;
- Lorsque la compatibilité est prononcée mais que le médecin juge nécessaire que des soins soient dispensés à la personne (cas, par exemple, de soins infirmiers qui ne sont pas incompatibles avec la garde à vue).

Plusieurs cas doivent donc être envisagés.

3.1. L'intervention d'un médecin libéral au commissariat ou à la brigade qui juge que la garde à vue est compatible

Pas de conséquence sur les règles de facturation à l'hôpital. L'intervention du médecin libéral est prise en charge sur frais de justice.

3.2. Le transfert de la personne gardée à vue dans un établissement de santé pour effectuer des examens complémentaires avant de se prononcer sur la compatibilité de la mesure

Avant de se prononcer sur la compatibilité de la garde à vue avec l'état de santé de la personne gardée à vue, le médecin sollicite des **examens complémentaires**. Le transfert s'organise dans ce cas vers une **unité médico-judiciaire (UMJ) ou le service d'accueil des urgences**.

Dans un certain nombre d'établissements de santé, des UMJ ont été mises en place comme un outil à la disposition de la justice, destiné aux procédures judiciaires.

La prise en charge des frais de soins relève du **ministère de la justice**. Les actes de consultation et les examens complémentaires lui sont donc facturés sur la base d'une réquisition remise lors du transfert du patient. Les tarifs applicables sont ceux fixés par le code de procédure pénale pour l'examen de compatibilité ou les tarifs « sécurité sociale » pour les examens complémentaires. Les mémoires de frais doivent être adressés par l'hôpital à la régie du tribunal et constituent des recettes de titre III pour l'établissement de santé.

3.3. Le transfert de la personne gardée à vue dans un établissement de santé pour une hospitalisation

Le médecin considère que l'état de santé de la personne gardée à vue nécessite son hospitalisation. Le transfert est décidé par le procureur qui peut décider de poursuivre la garde du patient par les forces de l'ordre.

Pendant la durée légale de la garde à vue, la gestion du dossier administratif du patient relève du droit commun :

- **Si le patient est assuré social**, il faut vérifier son ouverture de droits (carte Vitale si possible) ;
- **S'il n'est pas assuré social**, mais affiliable, il convient de constituer une demande d'affiliation au régime général (CMU de base), s'il remplit les conditions requises ;
- Si le patient est en situation irrégulière, il faut vérifier s'il bénéficie de l'Aide médicale d'Etat (AME) ou relève des soins urgents (personne présente sur le territoire national depuis moins de 3 mois) ; s'il ne bénéficie pas de l'AME, un dossier de demande d'AME doit être établi ;
- **Si aucune couverture sociale ne peut être trouvée**, le patient doit régler l'intégralité de ses frais.

☞ Fiches « Les soins urgents », page 81 et « L'Aide Médicale d'Etat (AME) », page 78.

A l'issue de la période de garde à vue, si le patient est toujours hospitalisé, deux cas peuvent se présenter :

- Soit le patient est relaxé : la gestion du dossier continue de relever du droit commun ;
- Soit le patient est détenu :
 - o La part obligatoire relève de l'assurance maladie, tout détenu devant être affilié au régime général de sécurité sociale ;
 - o La part complémentaire (ticket modérateur et/ou forfait journalier) est prise en charge par l'établissement pénitentiaire, à compter de la date d'incarcération.

☞ Fiche « La personne détenue », page 96.

FICHE 5.2. La personne détenue

Les personnes détenues bénéficient du même accès aux soins que la population en général. A cet effet, il existe dans chaque établissement pénitentiaire des **unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)**, rattachées à des établissements de santé déterminés avec lesquels l'établissement pénitentiaire a conclu un protocole. Ce protocole détermine les conditions de fonctionnement de l'UCSA et les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

Les prestations fournies dépassent le cadre de l'établissement pénitentiaire et concernent, quand cela est nécessaire, l'accueil hospitalier en consultation ou en hospitalisation dans les conditions prévues par le schéma national d'hospitalisation (SNH¹) ainsi que la préparation du suivi après la libération. Elles se situent tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention.

1. Les textes de référence

- Articles [L 161-13](#) à [L 161-14-1](#) du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- Articles [L 381-30](#) à [L 381-30-6](#) du CSS ;
- Articles [R 161-4](#) et [R 381-97](#) du CSS ;
- Article [723](#) du code de procédure pénale (CPP) ;
- Article [R 6112-16](#) du code de la santé publique (CSP) ;
- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues -septembre 2004 - publié au B.O. n° 2005/1 bis (fascicule spécial) ;
- Circulaire n°27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP/ du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ;
- Lettre ministérielle du 6 janvier 1997 relative à la protection sociale des personnes détenues évadées ;
- Circulaire (ministère de la justice) DAP n° 6318 du 28 mai 1996 ayant pour objet la mise en œuvre pratique des dispositions de la loi du 18 janvier 1994 relatives à la protection sociale des détenus (loi n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale).

2. Le champ d'application

2.1. L'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général

L'article [L 381-30](#) du code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général :

- **Quelle que soit leur situation au regard des prestations en nature, maladie et maternité, du régime d'assurance maladie** dont elles relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération ; **la personne devient un assuré en tant que tel** ;
- **Quel que soit leur âge** ;
- **Quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France (qu'ils soient en situation régulière ou non)** ;
- **Quelle que soit leur situation pénale et administrative en détention** : prévenus ou condamnés, sans activité ou effectuant un travail pénitentiaire ou un stage de formation professionnelle, condamnés bénéficiant d'une permission de sortie ;
- **Cas particulier** : condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article [723](#) du CPP. Ils sont affiliés au régime général dans les mêmes conditions que les détenus, dès lors qu'ils n'exercent pas une activité professionnelle. En revanche, lorsqu'ils exercent une activité professionnelle ou suivent une formation professionnelle, ils sont affiliés au régime de sécurité sociale dont ils relèvent au titre de cette activité, dès que la durée de celle-ci permet l'ouverture des droits. Dans le cas où la condition de l'accès aux soins n'est pas remplie, ils restent affiliés au régime général du fait de leur détention.

¹ Ce schéma national a pour objectif d'assurer la qualité des soins dispensés aux personnes détenues en milieu hospitalier et de rationaliser leur surveillance, c'est-à-dire les moyens liés aux escortes et à la garde des personnes détenues hospitalisées.

L'instruction du dossier d'affiliation de la personne détenue est réalisée par l'établissement pénitentiaire (article [R 381-97](#) du CSS).

2.2. L'affiliation des ayants droit des personnes détenues

Les ayants droit des personnes détenues (dont les étrangers en **situation régulière**) bénéficient des prestations de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Plusieurs hypothèses doivent être distinguées :

- Lorsque le conjoint, le concubin, ou le partenaire dans le cadre d'un pacte civil de solidarité (PACS) n'est pas lui-même assuré, il dispose de la qualité d'ayant droit autonome de la personne détenue (article [L 161-14-1](#) du CSS) et bénéficie, à titre personnel, de l'accès aux soins et aux médicaments et à leur remboursement ;
- Dans le cas où l'ayant droit de la personne détenue assume la charge des enfants (conjoint(e) généralement), il acquiert la qualité d'assuré au titre du régime général. Ses enfants sont alors inscrits en qualité d'ayants droit sur sa carte Vitale ;
- Lorsque la personne assumant la charge des enfants (conjoint(e) généralement) est elle-même assurée, les enfants sont inscrits sur la carte vitale de l'assuré.

En revanche, **lorsque la personne détenue est en situation irrégulière** au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France, **son affiliation n'ouvre pas de droits à ses ayants droit potentiels**¹.

3. Date d'effet de l'affiliation et caisse compétente

L'affiliation au régime général (article [L 381-30](#) du CSS) prend effet à compter de la **date d'incarcération**, c'est-à-dire depuis le premier jour passé en prison y compris le jour de la mise en détention provisoire.

La caisse d'assurance maladie compétente est **celle du département de l'établissement pénitentiaire** dans lequel est écrouée la personne détenue.

4. La fin de l'affiliation

La personne détenue relève du régime général jusqu'au **terme de sa détention**. Elle bénéficie ensuite du maintien de ses droits pour une durée d'un an à compter de la date de la libération (article [R 161-4](#) du CSS).

S'agissant des personnes de nationalité étrangère, seules les personnes détenues en situation régulière bénéficient de ce maintien de droit.

En revanche, les étrangers en situation irrégulière ne sont affiliés que pendant leur incarcération et perdent leurs droits dès leur sortie (article [L 381-30-1](#) du CSS). Ils peuvent toutefois bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME), s'ils en font la demande.

5. L'ouverture du droit aux prestations du régime général et les modalités d'accès aux soins des personnes détenues

L'affiliation des personnes détenues au régime général leur donne droit, ainsi qu'à leurs ayants droit² - (cf supra 2.2), à la prise en charge, par la caisse d'assurance maladie dont ils relèvent, des frais de soins qui leur sont dispensés (consultations, médicaments, examens de laboratoire, etc.).

A noter : les personnes détenues assurant un travail pénitentiaire ne peuvent prétendre au bénéfice des indemnités journalières.

¹ Personnes pouvant avoir droit aux prestations de sécurité sociale ou à certaines d'entre elles, en vertu de leur lien, généralement familial, avec un assuré.

² En général, les ayants droit sont le conjoint, les enfants à charge et les ascendants de la personne assurée.

6. La prise en charge des soins

6.1. La prise en charge des soins en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier

Les soins dispensés sont pris en charge :

- Par l'assurance maladie pour la part qui la concerne ;
- **Par l'établissement pénitentiaire** pour :
 - o La **part n'incomant pas à l'assurance maladie (ticket modérateur)** ;
 - o Le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

L'établissement pénitentiaire doit établir un accord de prise en charge du ticket modérateur et/ ou du forfait journalier.

A noter : une circulaire du ministère de la justice du 28 mai 1996 prévoit la prise en charge, au cas par cas, par l'administration pénitentiaire **de certains dépassements**. Un accord de prise en charge doit toutefois être établi par l'établissement pénitentiaire et remis lors de la réalisation des soins.

6.2. La prise en charge des soins des personnes détenues en permission de sortie, en placement extérieur ou en semi-liberté

La personne détenue doit disposer de sa carte Vitale ou de l'attestation papier établies par la caisse à l'occasion de son incarcération, pendant la période de permission de sortie, de placement extérieur ou de semi-liberté.

Comme pour les détenus incarcérés, elle bénéficie de la dispense d'avance des frais sur la part **obligatoire**. Si les soins sont dispensés hors unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), en ville, en hospitalisation ou en consultation externe hospitalière, l'intéressé doit acquitter en général le ticket modérateur, mais est remboursé par l'établissement pénitentiaire, sur la base des feuilles de soins dont il est détenteur.

FICHE 5.3. La personne en centre de rétention administrative

1. Les textes de référence

- Articles [L 551-1](#), [L 551-2](#) et [L 553-1](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) ;
- Articles [L 5126-9](#), [L 6112-1](#) et [L 6112-8](#) du code de la santé publique ;
- Décret n° 2005-617 du 30 mai 2005 relatif à la rétention administrative et aux zones d'attente ;
- Décret n°2007-1891 du 26 décembre 2007 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du co-développement, article 3 ;
- Arrêté du 12 juillet 2007 ;
- Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents ;
- Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.

2. Les Centres de Rétention Administrative (CRA)

Les centres de rétention administrative sont des établissements destinés à héberger les étrangers qui font l'objet d'une mesure d'éloignement ou d'interdiction du territoire français mais ne peuvent quitter immédiatement le territoire français (article [L 551-1](#) du CESEDA).

3. La prise en charge des soins

Les soins dispensés dans le CRA

Pendant la durée de leur séjour en rétention, **les étrangers sont soignés gratuitement**. A cet effet, les personnels de santé du service public hospitalier doivent disposer des locaux et des moyens matériels nécessaires.

Les conditions dans lesquelles intervient un établissement hospitalier public sont précisées par une **convention passée entre le préfet territorialement compétent et cet établissement hospitalier**.

Les dépenses engagées par l'hôpital sont prises en charge sous la forme d'une **dotation budgétaire spécifique**, allouée par la direction de l'immigration au ministère chargé de l'immigration (cf. décret n° 2007-1891 du 26 décembre 2007 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du co-développement, article 3).

Les soins requérant une hospitalisation

Lorsque l'état de santé d'un étranger retenu en CRA requiert une hospitalisation, les frais relatifs à cette hospitalisation sont pris en charge selon les règles de droit commun :

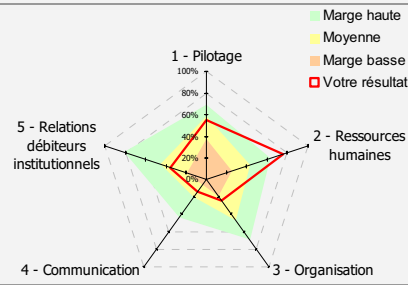
- Soit une prise en charge au titre de l'**Aide Médicale d'Etat** ;
- Soit au titre des **soins urgents**, si la personne est présente sur le territoire national depuis moins de 3 mois (cf. circulaire ministérielle n°141 du 16 mars 2005).

☞ Fiches « [Les soins urgents](#) », page 81 et « [L'Aide Médicale d'Etat \(AME\)](#) », page 78.

**
*

Les publications MeaH sur la chaîne de facturation

Afin de rendre compte à l'ensemble de la communauté hospitalière de l'avancée de ses travaux, mais également dans l'espoir d'apporter une aide concrète et pragmatique aux professionnels de terrain, la MeaH a diffusé et publié un certain nombre de documents. L'ensemble de ses documents, présenté ci-après, est disponible sur le portail de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

	Parution	
Les rapports d'étapes du chantier :		
Rapport de phase 1 – Diagnostic	✓	
Rapport de phase 2 – Plans d'actions	✓	
Rapport de phase 3 – Mise en œuvre des plans d'actions	✓	
Rapport de phase 4 – Bilan et résultats	✓	
Les outils :		
QuickScan : autodiagnostic de la maturité des organisations	✓	
Kit communication : documents types	✓	
Les ouvrages :		
Mini guide de lecture des rejets B2	✓	
Guide d'admission	✓	
Guide de « bonnes » pratiques organisationnelles	Mars 08	

Glossaire

Terme	Définition
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AFT	Accueil familial thérapeutique
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'Etat
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
AT-MP	Accident du Travail-Maladie Professionnelle
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CAA	Cour administrative d'appel
CAAS	Commission d'Admission à l'Aide Sociale
CAMAC	Caisse d'assurance maladie des cultes
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASS	Cour de cassation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAS	Commission Départementale d'Aide Sociale
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CESEDA	Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile
CLEISS	Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAOP	Conseil national d'accès aux origines personnelles
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CDE	Carte de directeur d'établissement
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPE	Carte de personnel d'établissement
CPS	Carte de professionnel de santé
CRA	Centre de rétention administrative
CROS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAF	Dotations annuelles de financement
DARH	Directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DSS	Direction de la Sécurité Sociale

EEE	Espace Economique Européen <i>Membres</i> : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Liechtenstein, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
FAU	Forfait Annuel Urgences
FFM	Forfait petit matériel
FJH	Forfait Journalier Hospitalier
FNS	Fonds national de solidarité
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe Homogène de Tarifs
GIP-CPS	Groupement d'intérêt public -carte professionnel de santé
GIR	Groupes Iso Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HDT	Hospitalisation sur demande d'un tiers (en psychiatrie)
HL	Hospitalisation libre (en psychiatrie)
HO	Hospitalisation d'office (en psychiatrie)
MCG	Majoration de coordination généraliste
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MCS	Majoration de coordination spécialiste
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PH	Praticien Hospitalier
PMI	Protection maternelle et infantile
PO	Prélèvement d'organe
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSI	Régime social des travailleurs indépendants
SDAS	Service Départemental d'Action Sociale
SE	(Forfait) Sécurité Environnement
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAP	Transport Assis Professionnalisé
TM	Ticket Modérateur
UCSA	Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires
UE	Union Européenne <i>Membres</i> : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède
UMJ	Unité Médico-Judiciaire
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VSL	Véhicule Sanitaire Léger



Fruit d'un travail conjoint et d'une collaboration étroite de plusieurs services ministériels, de l'assurance maladie et d'établissements de santé, le présent guide de facturation a pour ambition d'apporter une aide concrète en priorité aux personnels chargés de l'accueil et de l'admission des patients.

Dans cet esprit, les travaux d'écriture se sont articulés autour de trois objectifs :

- Indiquer le cadre réglementaire, en déclinant tous les cas à l'origine des différentes modalités de facturation ;
- Regrouper les règles et les bonnes pratiques nécessaires à la réalisation d'une facturation de qualité tout en restant à la frontière des pratiques spécifiques de chaque établissement ;
- Permettre la montée en compétence d'un agent quelle que soit la situation du patient.

Ce guide est disponible dans sa version électronique en téléchargement libre sur les portails du ministère de la santé et de la MeaH.

Les fiches mises à jour, ainsi que de nouvelles traitant d'autres aspects de la facturation au delà de l'admission, viendront alimenter régulièrement le portail du ministère de la santé, que le lecteur est donc invité à consulter régulièrement.

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service
de la qualité et de l'efficacité
dans les hôpitaux et les cliniques



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS**



**MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE**

