



# DISPOSITIF DES SOINS URGENTS ET VITAUX

Créé en 2003 concomitamment à l'instauration d'un délai d'ancienneté de résidence de 3 mois pour accéder à l'Aide médicale État (AME), le Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) a pour objectif d'instaurer un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer les soins indispensables aux personnes dépourvues de tout droit potentiel à l'AME. Il vise à partiellement compenser l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés en France. Ce dispositif ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'Hôpital public (ou assimilé) et n'ouvre donc pas de droits personnels à l'AME. Son champ d'application soulève des difficultés pour les titulaires de visa en cours de validité.

Textes accessibles sur [www.comede.org](http://www.comede.org), rubrique Services, Textes réglementaires

## CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE : LES TEXTES APPLICABLES

**L'article L 254-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) constitue la base légale du Dispositif.**

*« Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître, et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L 380 1 du CSS et qui ne sont pas bénéficiaires de l'Aide médicale État en application de l'article L 251 1, sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L 251 2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. »*

**NB**

Dans les précédentes éditions du Guide, le DSUV était présenté comme « Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) ». Si les dispositions sont restées les mêmes le DSUV fonctionnant toujours comme un mécanisme exclusivement financier le changement de vocable de « fonds » en « dispositif » est toutefois plus conforme aux textes.

**La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005**

« relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale État » précise le champ d'application, la définition des soins urgents et les modalités de procédure.

**• La circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04**

**du 7 janvier 2008** modifiant la circulaire du 16 mars 2005 précise que les citoyens européens (UE + EEE + Suisse) sont éligibles, si besoin, au Dispositif. Elle indique que les mineurs relèvent par principe de l'Aide médicale État de droit commun (*voir pp. 247 et 289*) sans condition d'ancienneté de résidence en France, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État en date du 7 juin 2006 faisant référence à l'application de la convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par la France.

**• La convention entre l'État et la Cnamts du 21 juin 2011**

organise les modalités de facturation des soins urgents.

## NATURE DE LA PRESTATION ET LIEN AVEC L'AIDE MÉDICALE ÉTAT DE DROIT COMMUN

Bien qu'inséré au titre 5 du CASF, le Dispositif L 254 1 ou DSUV n'est pas une prestation d'Aide médicale État (AME). À la différence de l'AME de droit commun, le Dispositif n'ouvre pas de droits personnels à une protection maladie pour l'année à venir, mais vise à soutenir l'Hôpital public (et les établissements assimilés) face au risque de créance irrécouvrable. L'appellation « d'aide médicale urgente » parfois utilisée ne correspond à aucun dispositif et entretient la confusion avec la possibilité d'obtenir rapidement l'AME de droit commun grâce à la procédure « d'instruction prioritaire ». Le bénéfice du DSUV est cependant un droit patrimonial pour la personne qui en remplit les conditions, et est justiciable devant le juge de l'aide sociale, lequel s'autorise à requalifier une demande d'Aide médicale État de droit commun (qu'il rejette) en une demande de bénéfice du DSUV, qu'il octroie (Commission centrale d'aide sociale, 27 avril 2006; n° 051413).

## PERSONNES CONCERNÉES

**• Selon la loi, il s'agit des personnes réunissant les quatre conditions suivantes :**



être de nationalité étrangère (y compris les ressortissants communautaires). Les Français rapatriés sont exclus ;  
« résider » en France ;  
être en séjour irrégulier (*voir infra pour les titulaires de visa en cours de validité*) ;  
ne pas remplir les conditions pour bénéficier de l'AME de droit commun.

• **En pratique, il s'agit :**

des étrangers présents en France depuis moins de 3 mois sans visa ou dont le visa est venu à expiration (*voir les précisions ci-dessous*) ;

des étrangers résidant irrégulièrement en France, présents depuis plus de 3 mois, pour lesquels la rétroactivité de 1 mois en AME de droit commun s'avère insuffisante faute d'avoir effectué les démarches d'ouverture de droits dans ce délai ;

des étrangers résidant irrégulièrement en France depuis plus de 3 mois mais sans pouvoir apporter la preuve de leur présence au cours des 3 derniers mois (attention, le contrôle de la présence en France pour les 3 mois précédant une demande d'AME ne concerne pas les cas de renouvellement ; *voir page 249*) ;

des étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois, exclus de toute protection maladie du fait de ressources supérieures au plafond de l'AME (*voir infra Conditions de ressources*).

## CONDITION « D'IRRÉGULARITÉ » DE SÉJOUR ET SITUATION DES ÉTRANGERS SOUS VISA

• **L'article L 254-1 du CASF vise les étrangers résidant en France sans remplir la condition de « résidence régulière ».**

Plus précisément, il s'agit d'étrangers ne disposant pas d'un titre de séjour ou d'un document de séjour au sens de l'assurance maladie sur critère de résidence (*voir CMU de base, p. 217*).

• **Les étrangers dont le visa est en cours de validité sont donc exclus (paradoxalement) du bénéfice de ce Dispositif** par

le droit interne français, ainsi que le confirme la jurisprudence de la Commission centrale d'aide sociale (4 juin 2007 n° 061433 ; 13 nov. 2007 n° 070126 ; 3 avril 2009 n° 081394 ; 27 janv. 2010 n° 091111). Ainsi, même les personnes ayant vocation à vivre durablement en France (conjoint de Français notamment) se trouveraient exclues du DSUV pendant la période de validité de leur visa (attention : elles pourraient éventuellement être éligibles à une autre prise en charge de droit Français). Elles sont

### ATTENTION

Les étrangers en cours d'instruction d'une demande d'AME et ayant besoin d'un accès rapide aux soins ne relèvent pas du Dispositif des soins urgents et vitaux, mais relèvent bien de l'AME de droit commun via la procédure dite « d'instruction prioritaire » (*voir p. 255*).





supposées être couvertes par une assurance médicale privée, nécessaire à l'obtention du visa (mais limitée aux seuls soins inopinés).

### Savoir lire un visa

Il importe de ne pas confondre, d'une part, la durée de validité du visa signalée par une date de début et une date de fin, et, d'autre part, la durée de séjour autorisée exprimée en jours (et limitée à 90 jours au maximum pour un visa de court séjour).

Dans cet exemple : Un visa de 90 jours (et non pas 3 ans)

Date de délivrance : 25 octobre 2010

Durée du séjour autorisé : par période de 6 mois, 90 jours en une seule fois ou en séjours fractionnés

Période d'utilisation du visa :



du 13 décembre 2010 au 12 décembre 2013, soit 3 ans

Séjour régulier : pendant 90 jours consécutifs à compter de l'entrée en France

Séjour irrégulier : au 91<sup>e</sup> jour après l'entrée

Si la personne entre sur le territoire Schengen le 15 juin 2013, elle devient en séjour irrégulier dès le 16 septembre 2013 (fin du crédit de 90 jours) et non pas le lendemain du 12 décembre 2013.

Si la personne entre sur le territoire Schengen le 1<sup>er</sup> décembre 2013, elle devient en séjour irrégulier le lendemain du 12 décembre 2013 (fin de validité du visa).

Pour en savoir plus sur les visas : *Cahier juridique du Gisti, Entrée, circulation en France et dans l'espace Schengen*, janvier 2013.



• **En conséquence, les étrangers, pendant la période de validité de leur visa court séjour (≤ à 90 jours), sont dans la situation suivante :**

ils ne sont pas éligibles au Dispositif pour les soins urgents et vitaux, selon une lecture littérale de l'article L 254 1 du CASF ;

ils sont supposés disposer d'une assurance privée obligatoire couvrant jusqu'à 30 000 € (art. L 211 1 Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) mais qui se limite généralement aux soins inopinés (les ressortissants des pays dispensés de visa sont dispensés de fait de cette obligation, mais peuvent y avoir souscrit volontairement) ;

ils ne sont pas éligibles à l'Aide médicale État de droit commun car ils ne remplissent pas la condition d'irrégularité, ni la condition d'ancienneté de présence pour les majeurs

*(pour les mineurs, voir p. 289 ;*

ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme assurés sur critères socioprofessionnels car le visa n'est pas inclus dans la liste des titres de séjour requis par l'article D 115 1 CSS ;

ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme assurés sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base ») car la condition d'ancienneté de présence n'est pas remplie *(voir Cas de dispense, p. 212) ;*

ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme ayants droit majeur sauf exception, *voir p. 216* car le visa n'est pas inclus dans la liste des titres de séjour requis par l'article D 161 15 CSS ;

ils peuvent théoriquement demander une prise en charge dite « humanitaire » au titre de l'AME sur décision du ministre *(voir p. 250).*

• **Les mineurs ne sont pas exclus « de droit » du DSUV.**

Si la circulaire ministérielle du 7 janvier 2008, indique que « *les soins dont bénéficient [les] enfants mineurs ne doivent plus être imputés sur le dispositif des soins urgents* », ce n'est pas parce que la loi les prive du droit au DSUV, mais parce que les mineurs sont supposés pouvoir accéder à l'Aide médicale État de droit commun pour financer leurs soins, le bénéfice du DSUV devenant sans objet.

• **Conditions de ressources.** Aucune condition de ressources n'est mentionnée par la loi ou par circulaire ministérielle. De plus, la circulaire ministérielle n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 indique que le DSUV peut être activé au profit de personnes exclues de l'AME de droit commun du fait de ressources supérieures au plafond (si les conditions médicales d'accès au DSUV sont remplies).



## DÉFINITION DES SOINS URGENTS ET VITAUX

Le DSUV doit permettre la couverture de l'ensemble des « soins urgents et vitaux » (*voir supra l'article L 254-1 CASF*).

La circulaire ministérielle du 16 mars 2005 y inclut de manière non limitative les situations suivantes :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le VIH, par exemple);
- la grossesse (examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et au nouveau né);
- IVG et interruption médicale de grossesse.

Dans la pratique, l'ouverture préalable d'une AME, si besoin en procédure d'instruction prioritaire (*voir p. 255*), est toujours préférable à l'utilisation rétrospective du Dispositif qui ne permet pas la continuité des soins au delà de l'hospitalisation en cause.

## NATURE DE LA PRISE EN CHARGE

- **Lieu de soins.** Aux termes de la loi, sont pris en charge les soins dispensés en établissements de santé tant publics que privés. En revanche, les soins en ville sont exclus.
- **Nature des soins.** Aux termes de la circulaire ministérielle du 16 mars 2005, hospitalisations, frais de transport et consultations externes sont pris en charge. Attention : seuls les médicaments prescrits à l'occasion de la délivrance des soins urgents seront pris en charge par le DSUV (avec possibilité de maintien si la prescription initiale émane du médecin hospitalier et si ce dernier atteste de la nécessité de la poursuite du traitement après les soins hospitaliers). Les restrictions au panier de soins applicables en matière d'AME de droit commun (cures thermales, procréation médicalement assistée, *voir p. 259*) sont applicables également au DSUV.
- **Niveau de couverture.** Il s'agit d'une couverture identique à celle de l'AME de droit commun (renvoi à l'article L 251 2 du CASF), c'est à dire à ce jour l'équivalent d'un « 100 % Sécurité sociale ».
- **Gratuité.** L'accès à ce Dispositif est gratuit.
- **Délai pour demander le bénéfice du Dispositif.** Il est recommandé de demander rapidement le bénéfice du Dispositif



dès la délivrance des soins par l'hôpital public ou l'établissement privé. Pour les soins dispensés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le délai maximal des demandes en paiement contre la caisse a été aligné sur celui applicable en AME de droit commun soit 1 an (art. L 254 2 CASF issu de l'article 69 de la LFSS pour 2015). Pour les soins dispensés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article 2224 du Code civil prescription extinctive 5 ans à compter des soins , sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016 (art. 69 LFSS pour 2015).

## PROCÉDURE

- **Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses générales de Sécurité sociale (CGSS)** sont chargées, pour le compte de l'État, d'instruire les demandes et de servir la prestation.

- **La procédure relève du processus de facturation par les services compétents des hôpitaux.** En pratique, et dans la mesure où il ne s'agit pas d'une protection maladie, il n'appartient pas à l'étranger lui même de mettre en route la demande de prise en charge financière au titre de l'article L 254 1 du CASF. C'est donc l'hôpital qui doit requérir la mise en œuvre du Dispositif, en saisissant la caisse du lieu d'implantation de l'établissement (et non du département de résidence du patient) d'une demande de prise en charge au titre du Dispositif L 254 1 du CASF. En cas de défaillance de l'hôpital, aucun texte n'exclut que le bénéficiaire des soins (ou son représentant) saisisse directement la caisse d'une demande de prise en charge de la facture hospitalière au titre du DSUV et en conteste le refus devant le juge (par exemple : demande par l'hôpital/refus/recours par l'intéressé recevable; commission départementale d'aide sociale de l'Isère, 15 octobre 2009; pas de n° d'affaire).

- **Cette situation requiert donc une coopération étroite entre différents services de l'établissement de santé :**

- d'une part, le service social hospitalier, lequel est habituellement en charge du bilan des droits du patient, pourra conclure à la nécessité de demander une prise en charge au titre des « soins urgents » si aucun autre financement n'est possible;

- d'autre part, les médecins qui ont fourni les soins doivent délivrer un certificat médical non descriptif attestant que



le patient a nécessité « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* »;

enfin, les services des frais de séjour, des traitements externes et de la pharmacie, une fois munis de l'information sur le type de prise en charge, devront renoncer à envoyer la facture au patient et saisir la CPAM/CGSS.

• **L'exigence d'un refus écrit d'Aide médicale État pour présenter une demande de prise en charge au titre du DSUV** est imposée par la circulaire ministérielle DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008 04 du 7 janvier 2008. Ce faisant, ce texte impose un double travail aux caisses concernées, en augmentant les risques de perte du dossier. Le Dispositif s'adresse en effet généralement à des personnes peu expérimentées face aux démarches administratives françaises. Les hôpitaux sont ainsi exposés à des risques accrus d'abandon involontaire de la procédure par les bénéficiaires.