

ANNEXES

de la saisine de la Halde et de la Défenseure des enfants concernant les carences et discriminations en matière d'accès à une protection maladie et d'accès aux soins à Mayotte

Annexe 1 - Quelques sources d'informations utiles sur les questions de droit des étrangers, de protection maladie et d'accès aux soins à Mayotte

Annexe 2 - Arrêt du Conseil d'Etat (n° 285576 - 7 juin 2006 *Aides, Gisti, LDH, Médecins du Monde*)

Annexe 3 - Extraits de Conventions internationales

- A. Convention internationale des droits de l'enfant du 26 janvier 1990
- B. Déclaration universelle des droits de l'homme
- C. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
- D. Charte sociale européenne

Annexe 4 - Textes sur l'assurance maladie

- A. Ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte
- B. Décret n°2005-1553 du 9 décembre 2005 fixant le plafond de ressources relatif à la prise en charge du ticket modérateur à Mayotte
- C. Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle

Annexe 5 - Textes pour les personnes ne disposant pas de protection maladie - soins urgents

- A. Extraits du Code de la santé publique applicable à Mayotte
- B. Arrêté n° 2/2005 de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de la Réunion et Mayotte du 9 août 2005
- C. Courriers de l'Agence régionale de l'hospitalisation de la Réunion et Mayotte relatives à la prise en charge des patients qui ne sont pas affiliés à la sécurité sociale (25 avril 2005 et 17 janvier 2006)
- D. Dispositif « soins urgents » applicable en métropole et dans les DOM
 - D.1. Article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles
 - D.2. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005
 - D.3. Circulaires de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
 - D.4. Circulaire ministérielle DSS/2A/DGAS/DHOS no 2008-04 du 7 janvier 2008

Annexe 6 - Autres textes

- A. Code de la santé publique - Chapitre préliminaire - Droits de la personne – extraits applicables à Mayotte
- B. Code de la sécurité sociale - Obligations des professionnels de santé et des caisses de sécurité sociale - droit des malades – extraits applicables à Mayotte

Annexe 1 – Quelques sources d'informations utiles sur les questions de droit des étrangers, de protection maladie et d'accès aux soins à Mayotte

Sur les droits des étrangers à Mayotte

- De nombreux *rapports ou documents sur Mayotte* sont accessibles sur le dossier figurant sur le site du Gisti à l'adresse suivante : <http://www.gisti.org/spip.php?rubrique262> (rubrique « Dossiers » « Outre-mer » « Mayotte »)
- De nombreux *textes juridiques applicables à Mayotte* sont accessibles à l'adresse <http://www.gisti.org/spip.php?rubrique130> (rubrique « Le droit » « Textes » « Outremer »).
- Gisti et Mom (2007), *Les spécificités du droit des étrangers en Outre-mer*, Cahier juridique http://www.gisti.org/publication_pres.php?id_article=1044
- Défenseure des enfants (2008), *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte*, annexe au rapport 2008, octobre 2008, 23 pages http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/MAYOTTE_COMP.pdf
Résumé : http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/FICHE_04_DEPLACEMENT_MAYOTTE.pdf

Sur les droits des étrangers à la protection sociale

- Mom, *Dossier sur les textes relatifs à la protection sociale à Mayotte* (2008) - Documents de la formation effectuée à Mayotte les 28 et 29 novembre 2008 (<http://www.gisti.org/spip.php?article1355/>)
- Sur les textes internationaux qui protègent les étrangers en matière de santé, de protection sociale, d'aide médicale et de soins, y compris à Mayotte, voir également Gisti, *La protection sociale des étrangers par les textes internationaux*, Cahier Juridiques, 2^{ème} édition actualisée, décembre 2008 (http://www.gisti.org/publication_pres.php?id_article=1351)

Sur l'accès à la santé à Mayotte¹

- AIDES, Cimade, Collectif Migrants-Mayotte, Gisti et Médecins du Monde (22 février 2008), *Saisine de la Halde et de la Défenseure des enfants relative à l'impossibilité d'accès aux soins pour les étrangers en situation précaire à Mayotte* <http://www.gisti.org/spip.php?article1090>
Les annexes reçues par la Halde et par la Défense des enfants sont plus complètes que la version électronique.
- INSERM (2008), *Santé et migration à Mayotte*, rapport de l'INSERM, 30 avril 2008 http://www.gisti.org/IMG/pdf/OM_Mayotte_rapport_2008-04-30.pdf
- S. Florence, J. Lebas, I. Parizot, D. Sissoko, V. Pierre, C. Paquet, S. Lesieur, P. Chauvin (2008), « Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale », *Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé*, Marseille, 16-17 octobre 2008 <http://www.congresors-inegalitesdesante.fr/communications/D2.pdf>
- Médecins du Monde (2007), *Rapport d'évaluation sur l'accès aux soins à Mayotte du 15 janvier au 15 juin 2007* http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/rapport_d_evaluation_sur_l_acces_aux_soins_mission_mayotte_15_janvier_15_juin_2007
- Sakoyan Juliette (2006), « Les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la Sécurité sociale à Mayotte », *Les dossiers d'AMADES (Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé)*, dossier n°5, septembre 2006

¹ Voir également les nombreux liens mentionnés dans les notes de bas de page de cette saisine.

Statistiques concernant Mayotte

IEDOM (2007), « Mayotte en 2006 », Institut d'émission des départements d'outremer
<http://www.iedom.fr/doc/RA2006%20Mayotte%20v.Internet.pdf>

IEDOM (2008), « Mayotte – édition 2008 », Institut d'émission des départements d'outremer
http://www.iedom.fr/doc/RA2007_Mayotte.pdf

INSEE (2007), « Tableau économique de Mayotte »
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/zoom/mayotte/publications/tableau.htm

Annexe 2 - Arrêt du Conseil d'Etat n° 285576 du 7 juin 2006 (Aides, Gisti, LDH, Médecins du Monde)

http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/Arret_CE_AME_Mineurs_7_juin_2006.pdf

1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies
Lecture du mercredi 7 juin 2006

Vu la requête, enregistrée le 28 septembre 2005 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée par l'ASSOCIATION AIDES, dont le siège est ..., représentée par son président en exercice, l'association GROUPE DE SOUTIEN ET D'INFORMATION POUR LES IMMIGRES, dont le siège est ..., représentée par sa présidente en exercice, la LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, dont le siège est ..., représentée par son président en exercice, l'association MEDECINS DU MONDE, dont le siège est ..., représentée par sa présidente en exercice et le MOUVEMENT CONTRE LE RACISME ET POUR L'AMITIE ENTRE LES PEUPLES, dont le siège est ..., représenté par son président en exercice ; les associations requérantes demandent au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler pour excès de pouvoir le décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat et modifiant le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié pris pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance, ainsi que le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat le versement d'une somme de 2 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Vu (...)

Considérant que l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 a, d'une part, modifié l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles à l'effet de subordonner à une condition de séjour ininterrompu d'au moins trois mois en France l'octroi de l'aide médicale de l'Etat aux étrangers en situation irrégulière et a, d'autre part, inséré dans le même code un article L. 254-1 qui prévoit la prise en charge par l'Etat 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 », administrés par les établissements de santé aux étrangers résidant en France qui ne remplissent pas la condition de régularité de séjour susceptible de leur ouvrir droit à la couverture maladie universelle et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ;

(...)

Sur la légalité interne des décrets attaqués, en tant qu'ils concernent les étrangers mineurs :

Considérant qu'aux termes de l'article 3-1 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990 : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées, de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » ; que ces stipulations qui, conformément à l'article 1er de cette convention, s'appliquent à « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable », interdisent que les enfants ainsi définis connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, en tant qu'il subordonne l'accès à l'aide médicale de l'Etat à une condition de résidence ininterrompue d'au moins trois mois en France, sans prévoir de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux-ci, lorsque cette condition de durée de résidence n'est pas remplie, à la seule prise en charge par l'Etat des soins énoncés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire, ainsi qu'il a été dit plus haut, des seuls 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 », l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 est incompatible avec les stipulations précitées ; qu'il suit de là que les décrets attaqués sont illégaux en tant qu'ils mettent en oeuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers ;

(...)

D E C I D E : Article 1er : Les décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale de l'Etat sont annulés en tant qu'ils mettent en oeuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Annexe 3 – Extraits de Conventions internationales

A. Convention internationale des droits de l'enfant du 26 janvier 1990

Article premier

Au sens de la présente convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les États parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

Article 24

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour :

- a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
- b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
- c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
- d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
- f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

Article 26

1. Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

B. Déclaration universelle des droits de l'homme

Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

C. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

Article 12

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:
 - a) La diminution de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
 - b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
 - c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
 - d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

D. Charte sociale européenne

Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent:

- à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessaires par son état;
- à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux;
- à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial;
- à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.

Article 17 – Droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique

En vue d'assurer aux enfants et aux adolescents l'exercice effectif du droit de grandir dans un milieu favorable à l'épanouissement de leur personnalité et au développement de leurs aptitudes physiques et mentales, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, toutes les mesures nécessaires et appropriées tendant :

- à assurer aux enfants et aux adolescents, compte tenu des droits et des devoirs des parents, les soins, l'assistance, l'éducation et la formation dont ils ont besoin, notamment en prévoyant la création ou le maintien d'institutions ou de services adéquats et suffisants à cette fin ;
- à protéger les enfants et les adolescents contre la négligence, la violence ou l'exploitation ;
- à assurer une protection et une aide spéciale de l'Etat vis-à-vis de l'enfant ou de l'adolescent temporairement ou définitivement privé de son soutien familial ;
- à assurer aux enfants et aux adolescents un enseignement primaire et secondaire gratuit, ainsi qu'à favoriser la régularité de la fréquentation scolaire.

Extraits de la décision du Comité européen des droits sociaux n° 14/2003

8. La réclamation porte sur le droit à l'assistance médicale d'adultes et d'enfants étrangers ne disposant pas de ressources suffisantes. Le Comité européen des Droits sociaux a conclu que la situation constitue une violation de l'article 17 (droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique) de la Charte sociale européenne révisée.

9. Dans sa décision sur le bien-fondé, le Comité européen des Droits sociaux indique que :

i) Sur l'interprétation de l'Annexe à la Charte

26. La présente réclamation soulève des questions essentielles sur le plan de l'interprétation de la Charte. A cet égard, le Comité précise que lorsqu'il est conduit à interpréter la Charte, il le fait selon les techniques d'interprétation consacrées par la Convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités. Selon l'article 31§1 de cette Convention:

« Un traité doit être interprété de bonne foi suivant le sens ordinaire à attribuer aux termes du traité dans leur contexte et à la lumière de son objet et de son but. »

27. Or, la Charte a été élaborée comme un instrument de droits de l'homme destiné à compléter la Convention européenne des Droits de l'Homme. Elle est un instrument vivant, voué à certaines valeurs qui l'inspirent : la dignité, l'autonomie, l'égalité et la solidarité. Les droits qu'elle garantit ne constituent pas une fin en soi mais complètent les droits de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

28. D'ailleurs, selon la Déclaration de Vienne de 1993, tous les droits de l'homme sont « universels, indissociables, interdépendants et intimement liés » (par. 5). Le Comité est par conséquent attentif à l'interaction complexe entre les deux catégories de droits.

29. Ainsi la Charte doit-elle être interprétée de manière à donner vie et sens aux droits sociaux fondamentaux. Il en résulte notamment que les restrictions apportées aux droits doivent être interprétées strictement c'est-à-dire comprises d'une manière qui laisse intacte l'essence du droit en question et permette d'atteindre l'objectif général de la Charte.

30. A l'occasion de la présente réclamation, le Comité est appelé à décider comment la restriction figurant à l'Annexe doit être comprise en fonction de l'objectif premier de la Charte ainsi défini. Cette restriction concerne un large éventail de droits sociaux garantis par les articles 1 à 17 et les affecte diversement. Dans la présente affaire, elle porte atteinte à un droit qui revêt une importance fondamentale pour l'individu, puisqu'il est lié au droit-même à la vie et touche directement à la dignité de l'être humain. De surcroît, la restriction pénalise en l'occurrence des enfants qui se trouvent exposés au risque de ne pas pouvoir bénéficier d'un traitement médical.

31. Or, la dignité humaine représente la valeur fondamentale qui est au cœur du droit européen positif en matière de droits de l'homme – que ce soit la Charte sociale européenne ou la Convention européenne des Droits de l'Homme – et les soins de santé constituent un préalable essentiel à la préservation de la dignité humaine.

32. Le Comité estime par conséquent qu'**une législation ou une pratique qui nie le droit à l'assistance médicale aux ressortissants étrangers, sur le territoire d'un Etat partie, fussent-ils en situation irrégulière, est contraire à la Charte.**

ii. Sur la violation alléguée des articles 13 et 17 de la Charte

33. En ce qui concerne l'article 13, le Comité relève que la législation ne prive pas les étrangers en situation irrégulière de tout droit à l'assistance médicale puisqu'il prévoit :

- l'aide médicale d'Etat (AME) qui couvre certains frais pour tout étranger ayant résidé en France pendant une période ininterrompue de plus trois mois même s'il ne remplit pas les conditions de résidence régulière;
- la prise en charge du traitement des autres étrangers en situation irrégulière en cas d'urgence mettant en cause le pronostic vital.

34. Certes, le concept d'urgence mettant en cause le pronostic vital n'est pas suffisamment précis et il n'apparaît pas clairement quelle autorité est compétente pour en décider. Il est également vrai qu'il existe nombre de difficultés dans la mise en œuvre pratique des dispositions relatives aux étrangers en situation irrégulière qui se trouvent en France depuis plus de trois mois ; de plus, la définition des coûts pris en charge par l'Etat est définie de manière étroite. Cependant, en raison de l'existence d'une forme d'assistance médicale pour ces personnes, le Comité, dans le doute, considère que la situation ne constitue pas une violation de l'article 13 de la Charte révisée.

35. En ce qui concerne l'article 17, le Comité constate que plusieurs dispositions de la Charte révisée sont consacrées aux droits des enfants et adolescents. Le texte de la Partie I prévoit en effet que

« les Parties reconnaissent comme objectifs d'une politique qu'elles poursuivront par tous les moyens utile, sur les plans national et international, la réalisation de conditions propres à assurer l'exercice effectif des droits et principes suivants : (...)

7. Les enfants et les adolescents ont droit à une protection spéciale contre les dangers physiques et moraux auxquels ils sont exposés ;

17. Les enfants et les adolescents ont droit à une protection sociale , juridique et économique appropriée. (...) »

36. L'article 17 de la Charte révisée est par ailleurs directement inspiré de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Il garantit de façon générale le droit des enfants et des adolescents, y compris des mineurs non accompagnés, aux soins et à l'assistance. Or, le Comité relève que

- a) le groupe en question n'a droit à l'assistance médicale qu'en cas de situation mettant en jeu le pronostic vital;
- b) les enfants d'immigrants en situation irrégulière ne sont admis au bénéfice du système d'assistance médicale qu'après une certaine durée de présence sur le territoire.

37. Pour ces raisons, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 17.

38. Tant en ce qui concerne l'article 13 que l'article 17, le Comité estime que les autres arguments avancés par les parties sont secondaires et ne sont pas de nature à modifier son appréciation de la situation.

CONCLUSION

Par ces motifs, le Comité conclut

- 1. par 9 voix contre 4 qu'il n'y a pas violation de l'article 13§4 de la Charte révisée ;
- 2. par 7 voix contre 6 qu'il y a violation de l'article 17 de la Charte révisée. »

Annexe 4 – Textes sur l'assurance maladie

A. Ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte

NOR : DOM/X/9600135/R

Modifiée en dernier lieu par loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 ; les principales modifications sont issues de l'ordonnance n°2004-688 du 12 juillet 2004 qui institue le régime d'assurance maladie

(articles 19 et suivants).

Section 2 : Le régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte.

Article 19

I. - Il est institué dans la collectivité territoriale de Mayotte un régime d'assurance maladie-maternité.

Ce régime est géré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

II. - Est affiliée à ce régime :

1° Toute personne majeure de nationalité française résidant à Mayotte, y compris pour les seules prestations en nature les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat et les magistrats relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et les ouvriers relevant du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat qui exercent leurs fonctions à Mayotte ;

2° Toute personne majeure de nationalité étrangère en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers applicable à Mayotte, autorisée à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résidant effectivement depuis trois mois.

III. - Sont considérés comme ayants droit de l'affilié au régime les enfants mineurs qui sont à sa charge, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'affilié est tuteur, ou enfants recueillis.

Article 20

Le régime d'assurance maladie-maternité assure pour les personnes qui y sont affiliées et leurs ayants droit la couverture et le paiement direct de l'intégralité des frais d'hospitalisation et de consultation externe exposés dans l'établissement public de santé de Mayotte.

Par dérogation au premier alinéa, une participation proportionnelle aux tarifs déterminés en application de l'article L. 6415-4 du code de la santé publique est laissée à la charge des assurés pour les analyses et examens prescrits par un médecin dans le cadre de son activité libérale. Les modalités de cette participation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Par dérogation à l'article 19 et au premier alinéa du présent article, les frais mentionnés au même alinéa sont personnellement et solidairement à la charge du père ayant reconnu un enfant né d'une mère étrangère et de celle-ci, lorsqu'elle ne remplit pas les conditions fixées aux articles 4 à 6 de l'ordonnance n° 2000-373 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers à Mayotte. Cette disposition s'applique même lorsque la reconnaissance fait l'objet de la procédure prévue aux articles 2499-2 à 2499-5 du code civil

Article 20-1

L'assurance maladie-maternité comporte également :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ;

3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ;

4° Abrogé ;

5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L 2122-1 [*surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement*], L 2122-3 [*examen éventuel du futur père*], L 2132-2 [*tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires*] et L 2132-2-1 [*examens bucco-dentaires de prévention pour les enfants*] du code de la santé publique ;

6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;

7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou reprendre son travail, ou durant le congé de maternité ;

8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;

9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8°, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article du code de la sécurité sociale ;

10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L 174-4, L 322-2 [*participation de l'assuré*] et L 322-3 [*dispenses ou limites de cette participation*] du code de la sécurité sociale ;

11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret.

Article 20-2

Une participation aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1° et 8° de l'article 20-1 est due par l'assuré ; elle peut être proportionnelle à ces tarifs ou forfaitaire et peut varier selon les catégories de prestations. Elle peut être limitée ou supprimée dans les cas prévus à l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale.

[Les articles 20-3 à 20-5-6 renvoient le plus souvent au Code de la sécurité sociale - titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins L L611- et L162-*]*

Article 20-3

Les dispositions tarifaires et financières des conventions nationales prises sur le fondement des articles L 162-1-11 [*mission d'information des organismes sociaux*], L 162-5 à l'exception de son deuxième alinéa, L 162-9, L 162-12-2, L 162-12-9, L 162-14, L 162-14-1, L 162-14-2, L 322-5-1 et L 322-5-2 [*conventions passées entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, pour les deux derniers, transports sanitaires*] du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. Elles peuvent faire l'objet d'adaptations conclues par les parties à ces conventions.

À défaut de convention, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des professions concernées sont fixés par voie réglementaire.

Les autres dispositions des conventions visées à l'alinéa premier du présent article sont applicables à Mayotte sous réserve d'adaptations justifiées par les conditions d'exercice conclues entre la caisse de sécurité sociale et les professions intéressées à Mayotte. Ces conventions modifiées sont approuvées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elles sont réputées approuvées si les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du texte qu'ils s'opposent à leur approbation dans les conditions définies aux deuxième et troisième alinéas de l'article L 162-15 du même code.

Les dispositions conventionnelles sont applicables aux professionnels de santé exerçant à titre libéral et souhaitant adhérer à ces dispositions pour la première fois. Dans ce cas, ils en font la demande auprès de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Les nouvelles dispositions conventionnelles sont applicables aux professionnels de santé qui, après leur adhésion, n'ont pas fait connaître à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions.

Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels qui n'adhèrent pas aux conventions ou qui ne sont pas régis par un règlement arbitral donnent lieu à remboursement par la caisse de sécurité sociale sur la base des tarifs d'autorité prévus aux articles L. 162-5-10, L. 162-12 et L. 322-5-4 du code de la sécurité sociale.

Article 20-4

Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 162-1-9, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.

[Répertoire NIR, documents produits pour justifier de l'ouverture des droits aux prestations d'assurance maladie, et certaines obligations des professionnels de santé]

Article 20-5

La prise en charge des médicaments par la caisse de sécurité sociale est régie conformément aux dispositions des articles L. 162-16 et L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Des majorations applicables aux prix de ces médicaments remboursables peuvent, en tant que de besoin, être fixées par arrêté interministériel pour prendre en compte les frais particuliers qui grèvent leur coût à Mayotte.

La prise en charge des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale par la caisse de sécurité sociale est régie conformément aux dispositions de ce même article. Des majorations applicables aux prix de ces produits ou prestations peuvent, en tant que de besoin, être fixées par arrêté interministériel pour prendre en compte les frais particuliers qui grèvent leur coût à Mayotte.

Article 20-5-1 [*spécialités pharmaceutiques..*]

Les dispositions des articles L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7 ainsi que des trois premières sous-sections de la section V du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, à l'exception de l'article L. 162-22-16, sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2005 aux établissements de santé privés, mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 18 décembre 2003 susvisée, sous réserve des adaptations prévues par le présent chapitre.

Article 20-5-2 [*frais d'hospitalisation*]

Pour l'application du présent chapitre, les dispositions des articles L. 162-22-11 et L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiées :

1° A l'article L. 162-22-11, les mots : "Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c " sont remplacés par les mots :

Dans les établissements de santé mentionnés au b " ;

2° A l'article L. 162-22-15, au premier alinéa, les mots : "par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18" sont remplacés par les mots : "par la caisse de sécurité sociale de Mayotte" et les deuxième et troisième alinéas sont supprimés.

Article 20-5-3

L'article L. 174-18 [*frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés*] du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte à compter du 1^{er} janvier 2005. Pour son application, la caisse compétente pour le versement des frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 est la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Article 20-5-4 [*Dotation annuelle de financement et forfait journalier*]

Les dispositions de la section 1 du chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2005 au financement des activités de soins de suite ou de réadaptation réalisés dans les établissements de santé privés, mentionnés au b de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de ladite loi du 18 décembre 2003, sous réserve des adaptations prévues par le présent chapitre.

Article 20-5-5

Pour l'application à Mayotte de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les établissements mentionnés au b du même article et les dotations annuelles sont versées par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Article 20-5-6

Les dispositions des articles L. 161-31 [*carte vitale*], L. 162-1-7, L. 162-1-11 [*mission d'information des assurés sociaux*], L. 162-5 à l'exception de son deuxième alinéa, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance.

Article 20-6

Pour avoir droit et ouvrir droit aux indemnités journalières prévues au 7° de l'article 20-1, l'assuré social salarié ou assimilé doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum garanti prévu à l'article L. 141-2 du code du travail de Mayotte [*voir p. 90*], soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

Pour bénéficier des indemnités journalières en cas de maternité, l'assurée doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'activité professionnelle.

Article 20-7

L'indemnité journalière visée à l'article 20-6 prévue en cas d'incapacité physique médicalement constatée est accordée, pendant une période d'une durée maximale, à l'expiration d'un délai déterminé à compter de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date d'interruption du travail. Elle ne peut excéder un montant maximum fixé par rapport au gain mensuel.

La durée maximale de versement, le délai de carence, le taux et le montant maximum de l'indemnité journalière ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret.

Article 20-8

L'indemnité journalière visée à l'article 20-6 prévue en cas de maternité est attribuée durant la période de congé définie à l'article L 122-48 du code du travail applicable à Mayotte, sous réserve que l'assurée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines. L'indemnité est versée également durant le congé défini à l'article L. 122-48-1 du même code sous réserve que l'assurée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation. Lorsque les deux parents prennent un congé d'adoption, la durée totale d'indemnisation ne peut excéder la durée maximale prévue à l'article L. 122-48-1 de ce code.

Lorsque le congé postnatal défini à l'article L 122-48 du même code est prolongé dans le cas prévu au quatrième alinéa de cet article, cette période supplémentaire est indemnisée dans les conditions de l'article 20-7.

Un décret fixe le taux et le montant de l'indemnité journalière, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base.

Article 20-9

Les articles L 323-5 et L 332-1, à l'exception du deuxième alinéa, ainsi que le premier alinéa de l'article L 332-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.

Article 20-10

Les articles L 377-1 à L 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section. [*pénalités, sanctions*]

Article 20-11

Sous réserve que l'insuffisance des ressources de l'assuré le justifie, la participation de l'assuré mentionnée à l'article 20-2 peut être, en tout ou en partie, prise en charge par l'État. La gestion de cette prestation est confiée à la caisse de sécurité sociale dans les conditions prévues au V de l'article 22. Le montant des ressources au-delà duquel les assurés ne peuvent prétendre à la prise en charge de leur participation est fixé par voie réglementaire.

Article 21

I. - Le financement du régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte est assuré par une contribution sociale à la charge des personnes affiliées mentionnées au II de l'article 19 ci-dessus.

II. - Cette contribution est assise :

1° Sur toutes les sommes versées aux salariés et assimilés, aux fonctionnaires et agents contractuels de la collectivité territoriale, aux personnels relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de la Caisse nationale de retraite des collectivités locales et aux ouvriers de l'État, en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les traitements, les indemnités, les primes de toute nature, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour contributions et cotisations salariales, les gratifications et tous les autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise de tiers à titre de pourboire, sous déduction des frais professionnels ; les avantages en nature et les frais professionnels sont définis par décret ;

2° Sur les revenus professionnels des employeurs et travailleurs indépendants des professions agricoles et non agricoles, tels que pris en compte pour la détermination du revenu imposable selon les règles applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte ;

Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires ainsi que des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts de Mayotte et des plus-values et moins-values professionnelles à long terme. Les revenus sont majorés des déductions et abattements au sens des articles 44 bis et 44 ter du code général des impôts de Mayotte ainsi que ceux prévus pour l'adhésion à un centre de gestion ou à un cabinet comptable agréés par le représentant du Gouvernement ;

A défaut de référence fiscale, un décret précise les modalités de détermination du revenu à prendre en compte ;

3° Sur les pensions ou allocations de retraite ou d'invalidité ainsi que de tous autres revenus de remplacement, sous réserve des exonérations accordées aux titulaires de ces revenus dont les ressources sont insuffisantes ; la définition et les modalités de ces exonérations sont fixées par décret ;

4° Sur les revenus du patrimoine ou de placement tels que pris en compte pour la détermination du revenu imposable dans les conditions applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

III. - Le taux de la contribution est fixé à 2%.

IV. - La contribution fait l'objet d'un précompte par l'employeur ou par l'organisme assurant le versement du revenu ou est versée, dans les autres cas, directement par le titulaire du revenu.

Article 21-1

I. - Le financement du régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte est également assuré par :

1° Le produit d'une cotisation due par tout employeur de personnes visées au II de l'article 19 assise sur l'ensemble des sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les traitements, les indemnités, les primes de toute nature, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour contributions et cotisations salariales, les gratifications et tous les autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'actions à titre de pourboire ;

2° Le produit d'une cotisation due par tout employeur et tout travailleur indépendant des professions agricoles et non agricoles additionnelle à la contribution sociale prévue au 2° du II de l'article 21, émise sur leurs revenus professionnels soumis à cette contribution et supérieurs à un seuil fixé par décret, à raison de la moitié de ces revenus jusqu'au plafond prévu au 1° du I de l'article 18 de l'ordonnance du 7 février 2002 susvisée, et de la totalité de ces mêmes revenus au-delà de ce plafond ;

3° Le versement prévu à l'article L. 6415-3 du code de la santé publique ;

4° En tant que de besoin, une contribution de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

II - Le taux des cotisations prévues aux 1° et 2° du I est fixé par décret. Ces cotisations sont recouvrées dans les conditions prévues au III de l'article 22.

Chapitre II : La caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Article 22

I. - La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile.

II. - La caisse a pour rôle :

1° D'assurer la gestion du régime d'assurance maladie-maternité institué à l'article 19 de la présente ordonnance ;

2° [abrogé]

3° D'assurer la gestion du régime d'assurance accidents du travail et des maladies professionnelles en application des textes en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte ;

4° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse institué par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;

5° [abrogé]

6° De promouvoir une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

7° D'exercer une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants du régime visé au 1° ci-dessus ;

8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ;

9° [abrogé].

(...).

V. - La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'Etat, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.

(....)

Article 27

I. - Il est institué une organisation du **contentieux général de la sécurité sociale** qui règle les litiges auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de sécurité sociale en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte.

II. - Il est institué dans la collectivité territoriale de Mayotte **une organisation du contentieux technique de la sécurité sociale** qui règle les litiges relatifs :

1° A l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie et à l'état d'inaptitude au travail ;

2° A l'état d'incapacité permanente de travail, et notamment aux taux de cette incapacité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

3° Aux décisions de la caisse de sécurité sociale concernant, en matière d'accident du travail, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes ou l'imposition de cotisations supplémentaires ;

4° Aux fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession à Mayotte, relevés à l'encontre des professionnels relevant du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux.

III. - **Le tribunal de première instance** de Mayotte connaît des litiges mentionnés aux I et II.

L'appel des jugements statuant sur les litiges relevant du contentieux général de la sécurité sociale est porté devant le tribunal supérieur d'appel de Mayotte. L'appel des jugements statuant sur les litiges

relevant du contentieux technique est porté devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Les jugements rendus en dernier ressort par le tribunal de première instance, les arrêts du tribunal supérieur d'appel de Mayotte et les décisions de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail peuvent être attaqués devant la Cour de cassation.

A l'exclusion des traitements des magistrats et fonctionnaires faisant partie des juridictions ou assurant leur secrétariat, les dépenses de toutes natures résultant de l'application du présent article sont avancées par la caisse de sécurité sociale de Mayotte et remboursées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

IV. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

(...)

B. Décret n°2005-1553 du 9 décembre 2005 fixant le plafond de ressources relatif à la prise en charge du ticket modérateur à Mayotte - NOR : DOM/B/0500029/D

Article 1

Pour l'application de l'article 20-11 de l'ordonnance du 20 décembre 1996 susvisée, le montant des ressources mentionné à l'article 20-2 de la même ordonnance est fixé en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales selon le barème suivant :

- pour une personne : 77,52 ;
- pour 2 personnes : 116,27 ;
- pour 3 personnes : 139,53 ;
- pour 4 personnes : 162,79 ;
- pour 5 personnes : 193,78 ;
- pour 6 personnes : 224,77 ;
- pour chaque personne supplémentaire : 30,99.

C. Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire) - NOR : MESS0030195C

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-22/a0221515.htm>

(*extrait*)

II. - LA CONDITION DE RÉGULARITÉ

Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation. Toutefois, pour leur affiliation à un régime de sécurité sociale, notamment au régime général sur critère de résidence, cette condition n'est en aucun cas opposable aux ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen et à leurs ayants droit, quelle que soit la nationalité de ces derniers.

(...) B. - Modalités d'appréciation de la condition de régularité de la résidence prévue l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale

La condition de régularité de la résidence s'apprécie au moyen de la production par le ressortissant de nationalité étrangère d'un titre ou de tout document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

En effet, le principe de la détention d'un titre de séjour attestant de la régularité de la situation des étrangers au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France est fixé par l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France modifiée en dernier lieu par la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. Ce dernier texte prévoit, en son article 6, que tout étranger doit, s'il séjourne en France et après l'expiration d'un délai de trois mois depuis son entrée sur le territoire français, être muni d'une carte de séjour délivrée dans les conditions prévues à la présente ordonnance. La carte de séjour peut provisoirement être remplacée par le récépissé de la demande de délivrance ou de renouvellement de ladite carte.

A défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie à l'article L. 380-1. Sont notamment concernés les étrangers admis au séjour pour une durée maximale de trois mois sous le couvert de leur document de voyage qui, souhaitant prolonger leur séjour au-delà de ces trois mois, ont déposé une demande de titre de séjour auprès des services préfectoraux ; ils relèvent du régime général sur critère de résidence, à compter de la date de demande de titre, à condition d'être en possession de tout document permettant d'attester qu'une telle procédure est en cours.

Remplissent également la condition de régularité de résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale :

- les étrangers en séjour en France sous couvert d'un visa d'une durée supérieure à trois mois et inférieure ou égale à six mois comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » ; ces derniers relèvent de la couverture maladie universelle à compter du début du quatrième mois de leur séjour en France ;
- les étrangers faisant l'objet d'une assignation à résidence prononcée par un arrêté du ministre de l'intérieur ou du préfet ou, à Paris, du préfet de police.

Annexe 5 – Textes pour les personnes sans protection maladie - soins urgents

A. Extraits du Code de la santé publique applicable à Mayotte **VIème partie, Livre IV, Titre 1^{er}**

Chapitre VI : Dispositions financières particulières applicables aux établissements publics de santé de Mayotte

Article L 6416-5

Le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation territorialement compétente fixe par arrêté la tarification des prestations dispensées par les établissements publics de santé. Cette tarification sert de base :

1° À la facturation des soins et de l'hébergement des malades ;

2° À l'exercice des recours contre tiers que la caisse de sécurité sociale met en œuvre dans les conditions prévues par les articles L 376-1 et L 454-1 du code de la sécurité sociale.

Les frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes sont acquittés, en application du 1° ci-dessus, directement par les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte.

Toutefois, ces frais sont pris en charge partiellement ou en totalité :

a) Par l'État **pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves lorsque ces soins sont dispensés par les établissements publics de santé** ; les ressources de ces personnes doivent être inférieures à un montant fixé par une décision du représentant de l'État ;

b) Par la caisse de sécurité sociale, pour les personnes qui sont affiliées à un régime d'assurance maladie-maternité de la métropole ou des départements d'outre-mer ou leurs ayants droit, dans les conditions fixées par le décret de coordination des régimes de sécurité sociale prévu à l'article 25 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Les personnes qui ne sont pas affiliées au régime de Mayotte ou à un régime d'assurance maladie de métropole ou des départements d'outre-mer sont tenues, pour bénéficier des soins des établissements publics de santé, de déposer une provision financière dont le montant, adapté à la catégorie des soins demandés, est défini, dans la limite maximale de la tarification correspondante, par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les personnes mentionnées au a) ci-dessus sont dispensées du dépôt de cette provision.

Article L 6416-6

Des mesures réglementaires déterminent les modalités d'application du présent chapitre, notamment les procédures applicables et les conditions de recours contre les décisions prises sur le fondement de l'article L. 6416-5. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

B. Arrêté n° 2/2005 de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de la Réunion et Mayotte du 9 août 2005

relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à une régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte
(...)

Article 3. Les provisions financières, par catégories de soin, sont établies comme suit, à compter du 1^{er} septembre 2005 :

Prestations externes	Tarifs
Consultation en médecine générale (recouvre les médicaments prescrits lors de la consultation ainsi que les consultations secondaires liées à la même affection intervenant dans un délai d'une semaine, mais pas les prestations liées à l'utilisation du plateau technique)	10 €/semaine
Consultation spécialisée (recouvre la prise en charge de médicaments prescrits lors de la consultation ainsi que les consultations secondaires liées à la même affection intervenant dans un délai de deux semaines)	15 €
Consultation psychiatrique (comprend les consultations liées au suivi hebdomadaire du patient)	10 €/semaine
Soins dentaires (recouvre le traitement complet de l'affection qui a motivé la demande de traitement)	15 €/soin
Kinésithérapie (recouvre le nombre de séances nécessaires liées au motif d'intervention)	10 €/semaine
Forfait urgence (comprend toutes les consultations et médicaments plus les examens complémentaires pratiqués dans le cadre de l'accueil aux urgences et, en dehors, de toute hospitalisation. Sont incluses dans ce forfait les consultations secondaires liées à la même affection dans un délai jugé raisonnable suivant la pathologie)	30 €
Examens de laboratoire et radiologie (ayant fait l'objet de la prescription médicale)	10 €/prestation
Scanner (s'applique à l'examen prescrit)	30 €
Traitement au long cours (recouvre les consultations et médicaments liés au traitement de l'affection nécessitant des soins de longue durée)	15 €/mois

Hospitalisation (par jour)	Tarifs
Hôpital de jour en Médecine (comprend tous les actes et soins nécessités par le motif d'hospitalisation)	50 €
Chirurgie ambulatoire (comprend l'ensemble des actes et des soins liés au motif d'intervention ainsi que la prise en charge des suites éventuelles)	100 €
Médecine y compris pédiatrie (comprend l'ensemble des actes et soins nécessités par le motif d'hospitalisation ainsi que les consultations secondaires liées à la même affection dans un délai jugé raisonnable en fonction de la pathologie)	70 €
Chirurgie (comprend l'ensemble des actes et soins liés au motif d'intervention chirurgical ainsi que le suivi post- opératoire)	120 €
Gynécologie obstétrique (forfait périnatal) (comprend les consultations prénatales à partir de la déclaration de la grossesse jusqu'à la fin du suivi de la mère et de l'enfant dans le délai de 3 mois en dehors du domaine d'intervention de la PMI)	300 €
Réanimation (comprend les actes d'anesthésie et de soins pré et post opératoires liés aux activités de réanimation ainsi que les consultations secondaires éventuelles liées au motif d'hospitalisation)	200 €

C. Courriers de l'Agence régionale de l'hospitalisation de la Réunion et Mayotte relatives à la prise en charge des patients qui ne sont pas affiliés à la sécurité sociale - 25 avril 2005 et 17 janvier 2006

Ces courriers sont scannés à l'adresse suivante : <http://www.gisti.org/spip.php?article 1266>

D. Dispositif « soins urgents » applicable en métropole et dans les DOM (Code de l'action sociale et des familles)

D.1. Article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles

Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L251-2.

D.2. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 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 de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)

NOR : SAN/H/0530112/C

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-04/a0040040.htm>

Références :

Articles L. 251-1, L. 251-2, L. 253-2, L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

Articles L. 162-16-5, L. 321-1 et L. 331-2 du code de la sécurité sociale

Le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, la ministre déléguée à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information et exécution).

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 modifie les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France. Elle crée une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application de cette prise en charge.

Ces soins sont pris en charge dans tous les établissements de santé publics ou privés.

I. CHAMP DES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS

Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'article L. 380-1 du CSS, c'est-à-dire les étrangers en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'AME.

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

Les ressortissants de l'Union européenne, bénéficiant d'une liberté de circulation dans les pays membres, ne peuvent connaître de situation d'irrégularité au regard de la condition de résidence. Ils bénéficient par ailleurs de modalités spécifiques de prise en charge par les régimes d'assurance maladie nationaux. Ils ne sont donc en aucun cas éligibles au dispositif des soins urgents.

Les soins urgents délivrés aux étrangers en situation irrégulière sont pris en charge par l'Etat dans le cadre d'une enveloppe financière limitative. L'attention des établissements est donc appelée sur les conditions de prise en charge des patients concernés afin que ne soient imputés sur cette enveloppe que les soins délivrés aux patients répondant aux critères définis ci-dessus. En particulier, les établissements devront s'assurer que le patient ne peut se prévaloir d'aucune autre couverture maladie et rechercher auprès de lui les informations relatives à sa situation au regard du critère de résidence.

Si le patient ne peut prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée.

Toutefois, des situations particulières peuvent se présenter : c'est le cas lorsqu'un étranger en situation irrégulière dont l'état de santé requiert des soins urgents (Cf. II -/II-1) est admis dans un établissement de santé sans qu'il soit immédiatement possible de déterminer la durée de sa résidence en France, faute de documents en ce sens.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement concerné établit une demande d'aide médicale de l'Etat (AME) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement. Dans l'intérêt de la personne elle-même, la délivrance de soins urgents ne doit jamais aboutir à suspendre la recherche de ses droits. Si la demande d'AME est rejetée, les soins urgents qui ont été délivrés au patient font l'objet d'une facturation au titre des soins urgents.

II. - CHAMP DES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE AU TITRE DES « SOINS URGENTS »

II.1. La notion de soins urgents

Seuls sont pris en charge 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 de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés comme urgents 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 sida par exemple).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

II.2. Les conditions de délivrance des soins

L'article L. 254-1 du CASF dispose que les personnes sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du même code. Aux termes de ce texte, sont pris en charge, les frais définis aux 1o, 2o, 4o et 6o de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale ainsi que le forfait journalier mentionné à l'article 174-4 du code de la sécurité sociale. **Pour l'application de ces articles, l'âge de la majorité est celui fixé par la réglementation française, c'est-à-dire 18 ans, et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine. Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais.**

Toutefois, l'article L. 254-1 limitant les soins urgents à ceux qui sont dispensés dans les établissements de santé, la prise en charge ne couvre pas l'ensemble du champ des prestations prévu au 1o de l'article L. 321-1 du CSS et, en particulier, la délivrance des médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement.

Par dérogation, les médicaments, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocédés dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge dans le cadre des soins urgents, à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé (en externe ou en hospitalisation), y compris les antirétroviraux, si la prescription initiale est établie par un médecin de l'établissement, et qu'un praticien de cet établissement aura attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé dans l'établissement (...).

D.3. Circulaires de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

« Point CMU » n°69 de la CNAMTS du 15 novembre 2006 (section III page 5)
http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/Point_CMU_n69.pdf

(...)

III- AIDE MEDICALE DE L'ETAT

La décision du Conseil d'Etat (Conseil d'Etat, 1ère et 2ème sous-section réunies, 2006-06-07, 285576) a annulé les deux décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale de l'Etat au motif que la condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France ne peut-être opposée aux mineurs étrangers.

Ainsi, les enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière devaient bénéficier d'un accès général aux soins dès le premier jour de leur arrivée sur le territoire.

En conséquence, avant de prononcer un refus d'aide médicale de l'Etat pour défaut de condition de résidence, vous devez vérifier que le foyer est composé ou non d'enfants mineurs.

En cas de réponse positive, **les enfants mineurs doivent être identifiés en leur nom propre au titre de l'aide médicale de l'Etat**. En effet, même si la condition de régularité de la résidence n'est pas opposable aux enfants mineurs, leur situation au regard du séjour suit celle de leurs parents.

En outre, il paraît plus simple en gestion d'inscrire durant les trois premiers mois les enfants mineurs à l'aide médicale de l'Etat et ensuite, les parents afin que toute la famille relève du même dispositif.

Les droits devront donc prendre effet au jour de la demande d'aide médicale de l'Etat formulée par le représentant légal et prendront fin au jour où il sera possible d'enregistrer ces enfants mineurs à un autre titre, à savoir, par exemple, en tant que personnes à charge du représentant légal bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou en tant qu'ayant droit du représentant légal affilié à un autre régime.

(...)

« Point CMU » n°73 de la CNAMTS du 2 août 2007
http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/Point_CMU_73_%2002_aout_07.pdf

(...)

S'agissant de l'**accès aux soins des enfants mineurs** de ressortissants communautaires inactifs, il convient de mettre en oeuvre la procédure décrite dans le point réglementaire n° 69 du 11 novembre 2006 et de permettre une prise en charge immédiate de leurs soins au titre de l'aide médicale de l'Etat dès le premier jour de leur arrivée sur le territoire.

(...)

D.4. Circulaire ministérielle DSS/2A/DGAS/DHOS no 2008-04 du 7 janvier 2008

modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 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 de l'Etat - NOR : SJSS0830002C

http://www.comede.org/UserFiles/File/Textes_reglementaires/circulaire_soins_urgents_7_jan_2008.pdf

Date d'application : immédiate. Classement thématique : urgences. Textes de référence : Articles L. 251-1, L. 251-2, L. 253-2, L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; Article L. 5126-4 du code de la santé publique ; Articles L. 162-16-5, L. 321-1 et L. 331-2 du code de la sécurité sociale. Texte modifié : circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 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 de l'Etat. Le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information et exécution). La présente circulaire a pour objet de modifier la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 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 de l'Etat.

(...)

II. - LE 2^e PARAGRAPHE DU II.1 DE LA CIRCULAIRE DU 16 MARS 2005 RELATIF AUX ENFANTS MINEURS EST SUPPRIMÉ

Les enfants mineurs des personnes étrangères en situation irrégulière qui ne remplissent pas la condition de trois mois de résidence en France sont inscrits sans délai au dispositif de l'AME pour la prise en charge de leurs soins pendant les trois premiers mois de leur présence en France. À cet effet, un dossier de demande d'admission à l'AME doit être constitué, dès que possible, par leurs parents. À partir de l'admission des parents à l'AME au premier jour du quatrième mois de résidence, les enfants bénéficient du dispositif en qualité d'ayants droit de leurs parents. Les soins dont bénéficient ces enfants mineurs ne doivent plus être imputés sur le dispositif des soins urgents.

(...)

Il est demandé aux DDASS d'assurer la diffusion de cette circulaire auprès des établissements de santé et aux directeurs d'établissements d'assurer l'information des services concernés et d'appeler l'attention des personnels médicaux sur les nouvelles modalités de prise en charge des ressortissants communautaires et des étrangers mineurs.

Annexe 6 – Autres textes

A. Code de la santé publique - Chapitre préliminaire - Droits de la personne (Extraits applicables à Mayotte)

Article L 1110-1

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L 1110-1-1

Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap.

Article L 1110-2

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Article L 1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article L 1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

[...].

Article L 1110-5

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. [...]

Article L 1110-6

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

B. Code de la sécurité sociale - Obligations des professionnels de santé et des caisses de sécurité sociale - droit des malades – extraits applicables à Mayotte

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Article L162-1-9

Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou médecin fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, **il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.** Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.

Les infractions aux dispositions du premier alinéa sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38.

L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture

Article L 162-1-11

Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, **une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge.**

Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits.

Les caisses peuvent également mettre en oeuvre des **services de conseils administratifs ou d'orientation.** Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus aux articles L. 162-12-18, L. 162-12-20 et L. 183-1-1, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions et veillent à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires.

Les organismes qui gèrent un régime obligatoire pour le compte d'une caisse d'assurance maladie peuvent, dans le cadre d'une convention spécifique, être associés à la mission prévue par le présent article.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.

Section 1 : Médecins

Article L162-2

Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont **le libre choix du médecin par le malade**, la liberté de prescription du médecin, **le secret professionnel**, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

Article L162-2-1

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article L162-12-1 (Infirmiers)

Les infirmiers sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions prises pour l'application du titre II du livre IV du code de la santé publique et en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions

Article L162-12-8 (Kiné)

Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.