

I- Modalités d'application de la condition de résidence

Le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 modifie les modalités de vérification de l'effectivité de la condition de résidence en France.

Pour l'assurance maladie, sont concernés par ces nouvelles dispositions l'assuré et ses ayants droit majeurs qui sollicitent le bénéfice de la CMU de base, de la CMU complémentaire ou d'un maintien de droits.

Il convient de préciser que l'introduction de l'article R. 115-6 au code de la sécurité sociale ne modifie pas les conditions exigées lors de l'ouverture des droits à la CMU de base ou à la CMU complémentaire. En cas de première demande, le caractère stable de la résidence reste donc défini par l'article R. 380-1 du Code de la sécurité sociale comme le fait de résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

L'effectivité de la condition de résidence au sens de l'article R. 115-6 du Code de la sécurité sociale sera donc à vérifier lors du renouvellement des droits à la CMU de base et à la CMU complémentaire. La justification de cette résidence pourra se faire par tout moyen. Un arrêté ministériel (en attente de parution) devrait établir une liste indicative de pièces justificatives permettant d'attester la résidence en France.

Des instructions complémentaires vous seront transmises ultérieurement.

Cas particulier : transfert de la résidence hors du territoire Français

En application de l'article R. 115-7 du Code de la sécurité sociale, les assurés relevant du dispositif de la CMU de base et de la CMU complémentaire sont tenus d'informer leur caisse de tout changement dans leur situation familiale ou leur lieu de résidence, notamment en cas de transfert de leur résidence hors du territoire.

Ces derniers mois, le Consulat de France au Cameroun a signalé à la CNAMTS différents cas de personnes résidants dans ce pays, qui n'ont pu obtenir de visa pour venir en France, mais qui restent en possession de cartes Vitale et/ou d'attestation de droits. Après investigations, il s'agissait de fraude à la condition de résidence avec notamment de fausses déclarations d'hébergement.

A cet égard, il convient de rappeler que les dispositions de l'article L. 114-11 du Code de la sécurité sociale autorisent les organismes de sécurité sociale à solliciter auprès des personnes morales ou physiques agréées par l'autorité consulaire française des informations sur l'effectivité de la résidence en France des assurés sociaux. Les constatations réalisées dans ce cadre qui confirmeraient un transfert de résidence hors de France font foi jusqu'à preuve du contraire.

Lorsque des informations sur un éventuel transfert de résidence vous sont transmises spontanément par une ambassade ou un consulat, il convient de considérer qu'il s'agit d'un premier élément de preuve nécessitant des investigations complémentaires.

Dans le cas où l'information est reçue par la CNAMTS/DCCRF (direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes), cette direction la transmet à la CPAM ou CGSS qui a délivré la Carte Vitale pour contrôle du dossier, voire enquête administrative.

II- Protection sociale des ressortissants communautaires inactifs

Le droit au séjour des citoyens européens reste soumis à certaines conditions, malgré les principes d'égalité de traitement et de liberté de circulation. En effet, le traité instituant la Communauté établit une distinction entre les personnes en mesure de pourvoir à leur subsistance (travailleurs salariés ou indépendants) et les inactifs et les étudiants qui doivent disposer des moyens financiers suffisants pour assurer leur propre séjour. Cette dernière catégorie, si elle est dispensée d'un titre de séjour n'a pas pour autant un droit de résider automatique.

Ainsi, en application de l'article 23 de la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration (article L. 121-1 du code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile) qui transpose les règles de la directive communautaire n° 2004/38/CE du 29 avril 2004, les personnes ressortissantes de l'Union Européenne, de l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse qui souhaitent **séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois** doivent être munies d'une **assurance maladie et de ressources suffisantes** et ne peuvent donc prétendre au bénéfice de la CMU de base et de la CMU complémentaire.

Par ailleurs, l'article 63 de la loi n° 290 du 5 mars 2007 sur le droit au logement opposable exclut expressément du bénéfice de la CMU de base les ressortissants communautaires séjournant en France et qui ne parviennent pas à y trouver un travail (cf. 6° de l'article L. 380-3 du Code de la sécurité sociale), c'est-à-dire les ressortissants communautaires à la recherche d'un emploi.

Néanmoins, dans la mesure où le ressortissant communautaire inactif qui réside depuis plus de trois mois sur le territoire alors qu'il est dépourvu de ressources suffisantes et de couverture maladie ne dispose pas d'un droit de résider, il doit être considéré comme en situation irrégulière et entrer dans le champ de l'aide médicale de l'Etat sous condition de ressources (article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles).

Dans la même logique, lorsque **la durée de son séjour est inférieure à trois mois**, le ressortissant communautaire inactif résidant de manière irrégulière sur le territoire et dépourvu de toute couverture maladie, peut être pris en charge au titre des soins urgents (article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles), dans les conditions définies dans la lettre-réseau LR-DDGOS n° 7 du 7 novembre 2005. A cet égard, il convient donc de ne plus faire application du troisième paragraphe de la circulaire DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 concernant le « *Champ des bénéficiaires de la prise en charge des soins urgents* ».

S'agissant de l'**accès aux soins des enfants mineurs** de ressortissants communautaires inactifs, il convient de mettre en œuvre 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.

Modalités de suivi :

Aux fins de recensement statistique, le nombre de demandes d'AME accordées dans ce cadre ou refusées au titre des soins urgents (dossiers transmis par les hôpitaux) doivent être comptabilisées manuellement (en distinguant d'une part, le nombre de demandeurs et d'autre part, le nombre des autres bénéficiaires du foyer). En cas d'attribution de l'AME, le numéro d'identification du demandeur devra également être reporté pour permettre de réaliser éventuellement des requêtes sur le montant des dépenses.

Une information vous sera transmise ultérieurement concernant les modalités de remontée de ces informations.

III- CMU complémentaire

1) Calcul des ressources

Ressources exclues au titre de l'article R.861-10 du Code de la sécurité sociale

Certaines caisses nous ont interrogé sur la prise en compte ou non des ressources suivantes pour la détermination des droits à la CMU complémentaire :

- *l'aide au chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE)*, définie aux articles L. 351-24 et R. 351-41 du code du travail,
- *la prime exceptionnelle de retour à l'emploi*, définie par le décret n° 2005-1054 du 29 août 2005 modifié par le décret n° 2006-1199 du 29 septembre 2006,
- *la prime de retour à l'emploi*, définie à l'article L. 322-12 du code du travail,
- *l'allocation d'installation étudiante*, définie à l'article 2 de l'arrêté du 7 août 2006 modifié par l'arrêté du 4 octobre 2006, portant sur les taux des bourses d'enseignement supérieur du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'année universitaire 2006-2007,
- *l'allocation de placement familial* prévue à l'article R. 231-4 du code de l'action sociale et des familles.

Après avoir interrogé le ministère, il est rappelé que seules les prestations expressément énumérées par l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale peuvent être exclues du calcul des ressources de la CMU complémentaire. Les seules adaptations possibles concernent les prestations sociales qui ont été remplacées par de nouvelles prestations ayant une portée équivalente, conformément aux dispositions décrites dans le point réglementaire n° 69 du 15/11/2006.

Précisions sur le champ d'application du 10° de l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale

Le 10° de l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale exclut des ressources prises en compte pour l'examen des droits à la CMU complémentaire "les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation".

Il convient de préciser que le champ d'application de cette disposition est limité aux prestations extra-légales versées au titre de l'action sanitaire et sociale des caisses de sécurité sociale, les prestations d'aide sociale facultative des départements et les aides sociales diverses versées par des organismes sociaux (CCAS, associations...), pourvu qu'elles répondent à un souci d'insertion de la personne concernée ou qu'elles aient un caractère ponctuel ou irrégulier dans leur montant.

En conséquence, les prestations constituant des droits objectifs pour leur bénéficiaire en ce qu'elles répondent à des conditions d'attribution objectives et non d'opportunité et qui sont prévues par une réglementation nationale ne peuvent être considérées comme des aides et secours au sens de cet alinéa puisque ce type de prestation est expressément énuméré dans les autres alinéas de cet article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale.

Cette interprétation est celle retenue par la direction de la sécurité sociale. Or, dans une décision en date du 6 juillet 2006 (n° 060032), la commission centrale d'aide sociale a considéré que la disposition du 10° de l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale pouvait également concerner la prime à la naissance versée dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Face à cette contradiction, il est demandé par le ministère que toute décision de la commission départementale d'aide sociale attribuant le droit à la CMU complémentaire ou à l'ACS (aide pour une complémentaire santé) sur le fondement d'une interprétation différente du 10° de l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale retenue par la direction de la sécurité sociale fasse l'objet d'un recours devant la commission centrale d'aide sociale.

En cas de décision de même nature de la commission centrale d'aide sociale, une copie de la décision de la commission centrale ainsi qu'une note retraçant l'ensemble des éléments du dossier devront être adressé au département de la réglementation de la CNAMTS (à l'adresse suivante : raphaelle.verniolle@cnamts.fr), afin que le ministère en soit informé et puisse préparer, si nécessaire, un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

2) Soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale

- L'arrêté interministériel du 30 mai 2006, pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du Code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la CMU complémentaire, avait supprimé la distinction entre la réparation de fracture sur plaque base matière plastique et la réparation de fracture sur plaque métallique.

L'arrêté du 27 mars 2007 rétablit cette distinction.

Les instructions définies dans la lettre-réseau LR-DDGOS n° 85 du 13 juillet 2006 avaient anticipé la parution d'un arrêté rectificatif sur ce point. La table de transposition annexée à cette instruction demeure donc inchangée en ce qui concerne les codes FDR 19 et FDR 25.

- En matière d'orthopédie dento-faciale, l'arrêté du 27 mars 2007 supprime le plafonnement à 4 semestres existant jusqu'à présent de la prise en charge des traitements de dysmorphoses avec multiattaches.

En conséquence, il n'y a plus lieu de conserver les deux codes FDO 29 et FDO 30 présents dans la grille du 13 juillet 2006. Seul le code FDO 29 est donc maintenu, l'utilisation du code FDO 30 (correspondants au 5^{ème} et 6^{ème} semestre de traitements avec multiattaches) étant rendu impossible.

3) Autorisation provisoire de séjour

Concernant l'éligibilité à la CMU de base et à la CMU complémentaire des personnes de nationalité étrangère en possession d'une autorisation provisoire de séjour, il est demandé aux CPAM et CGSS, dans une lettre adressée le 28 juillet 2006 par le ministère au directeur général de la CNAMTS, de pas faire de distinction entre les personnes de nationalité étrangère en situation régulière titulaires d'une autorisation provisoire de séjour et celles titulaires d'un titre de séjour régulier.

L'autorisation provisoire de séjour doit donc être analysée comme un document de séjour régulier.

Il est donc demandé aux CPAM et CGSS de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les dossiers des personnes concernées soient examinés et instruits conformément aux conditions requises tant au regard notamment de la régularité que de la stabilité de la résidence prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1 du Code de la sécurité sociale.

III- Informations diverses

1) Attestation de droits à l'ACS (aide pour une complémentaire santé)

Il est rappelé aux caisses que lorsqu'un bénéficiaire fait valoir son droit à l'ACS, l'attestation de droits remise à l'organisme complémentaire doit être complétée et conservée par ce dernier. En aucun cas, cette attestation ne doit être transmise au Fonds de financement de la CMU.

2) Domiciliation des personnes sans domicile fixe

L'article 51 de la loi n° 2007-20 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable créé un droit à domiciliation à l'égard de personnes sans domicile fixe (articles L. 264-1 à L. 264-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Ainsi, afin de garantir à cette population un accès effectif à certaines prestations sociales (RMI, CMU), ainsi qu'à la délivrance d'un titre national d'identité, à l'inscription sur les listes électorales ou à l'aide juridique, les personnes sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un CCAS (centre communal ou intercommunal d'action sociale), soit auprès d'un organisme agréé.

NB : Ces mesures ne concernent pas les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de l'AME.

L'assurance maladie est directement concernée par ce nouveau dispositif dans la mesure où l'article L. 161-2-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que les organismes de sécurité sociale sont informés des décisions d'attribution et de retrait des attestations d'élection de domicile. Le décret n° 2007-1124 du 20 juillet 2007 en définit les conditions d'application (articles D. 161-2-1-1-1 du code de l'action sociale et des familles).

Concernant les conditions de la domiciliation, l'article 1^{er} du décret n° 2007-893 du 15 mai 2007 précise que l'élection de domicile doit être effectuée dans le ressort de la commune de rattachement des intéressés. Ainsi, sont considérées comme ayant un lien avec la commune les personnes installées sur son territoire ou celles qui y exercent une activité professionnelle, y bénéficient d'actions d'insertion ou exercent l'autorité parentale sur un enfant qui y est scolarisé (article 1^{er} du décret n° 2007-893 du 15 mai 2007).

Ces mesures sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2007.