

## AIDE MEDICALE ETAT (AME)

### LE CONTENU DU « PANIER DE SOINS » après la réforme du 29 décembre 2010

Le panier de soin désigne la liste des prestations de santé financées (on dit aussi « prises en charge ») par le dispositif d'AME.

Il faut distinguer le contenu (quelles prestations sont couvertes?) [I], le niveau de financement (existence ou non d'un ticket modérateur) [II], et la nécessité d'une entente préalable pour les soins lourds à l'hôpital [III].

## I. LE CONTENU

### **(1.1) Principe**

*Pas changé par la réforme 2010*

**Le panier de soin d'un bénéficiaires de l'AME est identique à celui d'un assuré social diminué de trois prestations<sup>1</sup> lesquelles sont :**

- Les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés<sup>2</sup> ;
- Les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants<sup>3</sup> ;
- Les indemnités journalières (prestation en espèce).

### **(1.2) Exclusion des soins dont le service médical rendu est faible**

*Nouveauté 2010 – Pas encore applicable faute de décret*

Peuvent être exclus du panier de soins, les actes, les produits et les prestations :

- a) dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ;
- b) lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie.

[Source : article L251-1 CASF dans sa rédaction issue de la loi de finance pour 2011].

C'est un décret en Conseil d'Etat qui doit préciser la liste et les conditions d'exclusion.

En l'absence, de décret à ce jour, cette disposition n'est pas applicable.

### **(1.3) Exclusion de prestations annexes**

▪ Les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des « assurés sociaux », ils ne peuvent pas accéder aux prestations annexes réservées à ces derniers :

- pas de carte Vitale ;
- pas d'accès au fonds de secours dit « fonds social » des caisses ;
- pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale<sup>4</sup> ;
- interdiction de participer aux protocoles de recherche thérapeutique (aux termes de l'article L1121-11 du Code de la santé publique)

▪ Financement des prestations hors-nomenclature :

De plus, la circulaire DHOS/F4/2009/387 du 23 décembre 2009, qui accorde aux assurés sociaux, à titre purement gracieux, un financement de certains actes hors nomenclature (c'est à dire hors panier de soin de l'assurance maladie) sur fonds propre des hôpitaux, indique que les titulaires de l'AME ne bénéficient pas de cette faveur en cas de consultation externe.

<sup>1</sup> Le panier de soin est défini à l'article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles CASF – voir tous les textes à partir de la page 4

<sup>2</sup> Pour la définition exacte : voir le 3° de l'article L321-1 du Code de la sécurité sociale page 5

<sup>3</sup> Examen mentionné à l'article L. 2132-2-1 du Code de la santé publique – voir page 5

<sup>4</sup> Prévu par l'article L321-3 du Code de la sécurité sociale – voir page 5

Cela concerne les actes de biologie et d'anatomo-pathologie (par exemple, les fibro-tests dans le cas d'un suivi d'une hépatite virale).

#### **(1.4) Précisions les lunettes et les prothèses (dont dentaire)**

L'ensemble des prestations de lunettes et de dentaires est inclus dans le panier de soins. Mais, le niveau de prise en charge (100% du tarif de la sécurité sociale) se révèle insuffisant pour couvrir les frais réels d'une prothèse ou d'une paire de lunettes.

En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses. Voir point II.

#### **(1.5) Précisions en matière de transport médicalisé**

Panier de soins : l'AME couvre les frais de transport prescrit médicalement, de toute nature que ce soit, à l'identique que pour un assuré social (L251-1 CASF combiné avec le 2° de L321-1 CSS). Tout refus est un refus de soin.

Niveau de prise en charge = 100% - voir point II.

Mais attention, aux conditions de droit commun type "*entente préalable*", "*trajet > 150 km*", "*reconnaissance d'une ALD*", etc...

#### **(1.6) Précisions sur le financement des soins en établissements pour handicapés**

Sont donc exclus du financement par l'AME : « *les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés* », mais demeurent pris en charge par l'AME au titre du 1° de l'article L321-1 du Code de la sécurité sociale : « *les frais de traitement dans des établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle* »

## II. LE NIVEAU DE LA COUVERTURE

Le panier de soin ne doit pas être confondu avec le niveau de couverture, c'est à dire le montant payé par l'AME pour chaque acte de soin.

#### **(2.1) Une couverture à 100%**

A ce jour, le niveau de couverture correspond à 100% du tarif sécurité sociale (pas de ticket modérateur appliqué à ce jour). Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I (c'est à dire pratiquant un tarif sans dépassement d'honoraire).

Attention : la loi a prévu un ticket modérateur (depuis 2002 et maintenu par la réforme 2010), c'est à dire que la couverture AME ne devrait plus couvrir à 100% du tarif de la Sécurité sociale mais devrait laisser un reste à charge (article L251-1 du Code de l'action sociale et des familles – voir ci après).

En l'absence de décret à ce jour, la couverture est toujours de 100% du tarif Sécurité sociale.

#### **(2.2) Lunettes, prothèses et dispositifs à usage individuel**

La limitation au seul 100% tarif Sécurité sociale signifie que l'AME ne paye aucun dépassement d'honoraire, ni dépassement du Tarif sécurité sociale.

Les lunettes, les prothèses dont les prothèses dentaires, les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant,...) ne sont donc financés que dans la limite du 100%. En théorie, il est donc possible de financer partiellement ces dispositifs par l'AME. Mais en pratique, le reste à charge est généralement beaucoup trop cher pour le budget des personnes concernées.

#### **(2.3) Précision sur la reconnaissance d'une ALD (affection longue durée)**

Cette procédure peut concerner les bénéficiaires de l'AME.

La reconnaissance d'une ALD (affection de longue durée, c'est à dire une maladie grave et/ou chronique) par le Contrôle médical des Caisses est communément désignée comme le « 100% »

Sécurité sociale ». Elle est initialement conçue pour les Assurés sociaux. Il s'agit d'une « dispense du ticket modérateur », c'est à dire d'une prise en charge financière à 100% du tarif Sécurité sociale par l'Assurance maladie (sans intervention d'une couverture complémentaire). Cette extension du taux de couverture de base est cependant limitée aux seuls soins relatifs à l'ALD. L'obtention d'une couverture complémentaire est donc indispensable pour couvrir les frais concernant les autres soins.

Les bénéficiaires de l'AME sont à ce jour bénéficiaires ipso facto d'une prise en charge à 100% pour l'ensemble de leurs soins (voir point 3) indépendamment de toute reconnaissance d'une ALD.

Cependant, la reconnaissance d'une ALD peut être demandée (dans les conditions équivalentes à celles d'un assuré social) car elle conditionne la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas.

### III. L'AGREMENT PREALABLE EN CAS DE SOINS LOURDS A L'HOPITAL

*Pas applicable en décembre 2010 faute de décret d'application*

Une fois la personne bénéficiaire de l'AME pour un an, elle reste soumise à un régime d'autorisation préalable pour le paiement des soins coûteux à l'hôpital (aux termes du dernier alinéa de l'article L251-2 CASF dans sa rédaction issue de la loi de finance pour 2011).

Modalité de « l'agrément » :

Il est à demander à la Caisse (CPAM ou CGSS). Pas de précision à ce jour sur une éventuelle acceptation implicite en cas de silence prolongé de la Caisse. Cette agrément pourra être l'occasion d'un nouveau contrôle de la « stabilité de la résidence » et des « ressources » du titulaire de l'AME.

Définition des soins lourds et seuil :

Ils doivent être précisés par un décret non-paru à ce jour.

Dispenses :

Les mineurs sont dispensés de cet agrément. Les soins (lourds) inopinés seront également payés sans nécessité d'agrément.

C'est un décret en Conseil d'Etat qui doit préciser les modalités.

En l'absence, de décret à ce jour, cette disposition n'est pas applicable, il n'y a donc pas d'agrément à demander et tous les soins doivent être couverts par l'AME.

*Voir les textes applicables, à partir de la page suivante*

---

**CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**  
*consolidé à la suite de la réforme du 29 décembre 2010***Titre V Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle**

## Chapitre Ier

## Droit à l'aide médicale de l'Etat (Articles L251-1 à L251-3)

**Article L251-1**

Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge telles que définies ci-dessus, du droit annuel mentionné à l'article 968 E du code général des impôts.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.

**Article L251-2**

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

1° Les frais définis aux 1° et 2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, ces frais peuvent être exclus de la prise en charge dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, et à l'exclusion des mineurs, pour les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ;

2° Les frais définis aux 4° et 6° du même article L. 321-1 ;

3° Les frais définis à l'article L. 331-2 du même code ;

4° Le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 du même code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au septième alinéa du présent article.

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 322-2 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

La prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 d'un médicament générique, sauf :

1° Dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ;

2° Lorsqu'il existe des médicaments génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;

3° Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

Sauf pour les soins délivrés aux mineurs et pour les soins inopinés, la prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, pour les soins hospitaliers dont le coût dépasse un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat, à l'agrément préalable de l'autorité ou organisme mentionné à l'article L. 252-3 du présent code. Cet agrément est accordé dès lors que la condition de stabilité de la résidence mentionnée au même article L. 252-3 est respectée et que la condition de ressources mentionnée à l'article L. 251-1 est remplie. La procédure de demande d'agrément est fixée par décret en Conseil d'Etat.

---

**CODE DE LA SECURITE SOCIALE**
**Article L321-1**

L'assurance maladie comporte :

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'analyses et d'examen de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

**3° [exclu de l'AME] La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 [CDAPH ex-Cotorep] du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;**

4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

**5° [exclu de l'AME] L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.**

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

**9° [exclu de l'AME] La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.**

**Examen de santé****Article L2132-2-1 du Code de la santé publique**

Modifié par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 38 (V) JORF 20 décembre 2005

**[exclu de l'AME]**

Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés.

Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en oeuvre de cet examen. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NOTA:

*Loi 2005-1579 2005-12-19 art. 38 II : l'article L2132-2-1 dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi demeure en vigueur, respectivement pour chacune des professions concernées, jusqu'à la publication des dispositions conventionnelles prises en application du 2e alinéa de l'art. L2132-2-1.*

**Article L321-3 du Code de la sécurité sociale**

Créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

**[Réservé aux assurés]**

La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit.

En cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par le décret en Conseil d'Etat qui prévoit toutes mesures utiles pour éviter le double emploi de cet examen de santé avec toute autre visite de médecine préventive organisée en application d'une autre disposition législative ou réglementaire.

---

#### Article L331-2

L'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

L'assurance maternité couvre également :

1° Les frais d'examen prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

---

### CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

#### Article L312-1

I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ; [ASE]

**2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;**

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au nouveau code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisés, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées "lits halte soins santé" et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II. - Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 13° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III. - Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir.

IV. - Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au nouveau code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

#### **Article L111-1**

Sous réserve des dispositions des articles L. 111-2 et L. 111-3, toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent code.

#### **Article L111-2**

Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance ;

2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile ;

3° De l'aide médicale de l'Etat ;

4° Des allocations aux personnes âgées prévues à l'article L. 231-1 à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans.

Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France.

Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat.

NOTA:

*Loi 2002-1576 2002-12-30 finances rectificative pour 2002 art. 57 IV : les dispositions du présent article sont applicables à compter de la date d'entrée en vigueur du décret d'application.*

#### **Article L111-3**

Les personnes dont la présence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur lieu de résidence, ou les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé, ont droit aux prestations d'aide sociale dans les conditions prévues pour chacune d'elles par le présent code.

Les dispositions du présent article ne sont pas opposables au dépôt d'une demande de revenu de solidarité active.