

Assurance-maladie (LAMal)

Sommaire

Généralités

Descriptif

- Personnes sans autorisation de séjour

- Changement d'assureur

- Suspension de la couverture des accidents

- Obligation d'avancer les prestations

Prestations

- Prestations en cas de maladie ou accident

- Mesures de prévention

- Maternité

- Soins dentaires

Primes

- Réduction des primes pour les militaires

Formes particulières d'assurances

- Assurance avec franchise à option (art. 93 à 95 OAMal)

- Choix limité des fournisseurs de soins et "modèles alternatifs":

Participation aux frais

- Systèmes "tiers garant" et "tiers payant"

- Réduction des primes par les subsides cantonaux

- Non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 64a LAMal)

Procédure

Recours

Généralités

L'assurance-maladie est régie par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et ses ordonnances d'application, notamment l'OAMAL. Ce sont en particulier les cantons qui appliquent cette loi et édictent les règles sur les subsides pour les assurés à ressources modestes (voir à ce sujet les fiches cantonales).

La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) s'applique également, sauf pour les dispositions qui sont expressément exclues par la LAMal. Ces lois doivent donc être lues en parallèle. La LPGA traite en particulier des droits des assurés et des règles de procédure (Voir fiche Assurances sociales, partie générale).

Les conditions décrites ci-dessous ne concernent que l'assurance de base; les assurances complémentaires (patient privé, soins dentaires, etc.) relèvent du droit des assurances privées (LCA, ainsi que de la police et des conditions générales d'assurance: voir la fiche Assurances privées).

Descriptif

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer ou être assurée par son représentant légal dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Si le délai de trois mois est respecté, l'assurance débute alors au jour de la prise de domicile ou de la naissance. Passé ce délai de trois mois, la personne assurée n'est couverte qu'à partir du moment où elle s'affilie et doit payer, si le retard n'est pas excusable, un supplément de prime.

- Les étrangers sont soumis à l'obligation de s'assurer lorsqu'ils détiennent une autorisation de séjour valable au moins trois mois (exceptions: fonctionnaires internationaux et diplomates, qui peuvent toutefois demander à s'affilier à l'assurance suisse); ils le sont également si l'autorisation d'exercer un travail salarié est de moins de trois mois et qu'ils ne sont pas couverts par une assurance étrangère équivalente. Les étrangers qui sont obligatoirement assurés de façon équivalente en vertu du droit étranger peuvent demander à être dispensés de l'affiliation en Suisse;
- Les frontaliers travaillant en Suisse pourront demander, dans les six mois dès le début de l'autorisation frontalière, à être soumis, avec les membres de leur famille, à l'assurance suisse. En cas de traitement hospitalier, ils sont assimilés aux assurés résidant dans un autre canton (art. 37 OAMal). Que se passe-t-il en cas de cessation de l'activité lucrative en Suisse? S'il y a un traitement en cours, les caisses sont tenues de continuer l'assurance jusqu'à la fin du traitement. En l'absence de traitement, les caisses peuvent proposer une assurance privée;
- Les demandeurs d'asile, les personnes qui se sont vues accorder la protection provisoire selon l'article 66 de la loi sur l'asile et les personnes pour lesquelles une admission provisoire a été décidée selon l'article 83 LEI ont l'obligation de s'assurer.

Le choix de la caisse est libre. Les caisses agréées doivent accepter sans réserve, ni délai, toute personne soumise à l'obligation de s'assurer et domiciliée dans la région de leur activité, quel que soit l'âge ou l'état de santé.

La personne soumise à l'obligation d'assurance qui ne s'affilie pas en temps utile est affiliée d'office, après une sommation, par le service compétent dépendant des cantons. L'affiliation est rétroactive, tout comme le paiement des primes. (art. 3 à 6 LAMal, art. 1 à 8 OAMal).

Personnes sans autorisation de séjour

Le droit à la santé est un droit fondamental indépendant du statut de résidence. Il découle de l'article 12 de la Constitution fédérale.

Ainsi, les personnes qui n'ont pas d'autorisation de séjour en Suisse (sans-papiers), sont en principe également soumises à l'obligation de s'assurer et peuvent, par conséquent, contracter une assurance auprès de la caisse-maladie de leur choix.

- les caisses-maladie ont l'obligation d'accepter dans l'assurance de base toutes les personnes souhaitant s'affilier – sans-papiers inclus – et de leur fournir les prestations découlant de la loi.
- pour des raisons de protection des données, les hôpitaux, assurances, services sociaux, gouvernements cantonaux et autres institutions n'ont pas le droit de communiquer les données personnelles des sans-papiers aux autorités et services officiels chargés des questions de migration. La violation du secret professionnel est passible de poursuites pénales.
- les sans-papiers peuvent déposer une demande de réduction de leurs primes d'assurance-maladie. Des services de consultation spécialisés soutiennent les sans-papiers pour les questions de soins médicaux et d'assurance-maladie.

Pour plus d'informations, consulter le site de la plate-forme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers (dans les sites utiles).

Changement d'assureur

Toute personne assurée peut changer de caisse pour la fin de l'année civile. Marche à suivre :

- En automne, l'Office fédéral de la santé publique approuve les primes pour l'année suivante. Toutes les primes sont publiées, en particulier sur le calculateur de primes de la Confédération (référence dans les sites utiles).
- La caisse-maladie communique au plus tard à la fin octobre le montant de la nouvelle prime à ses assurés. Ces derniers peuvent envoyer une lettre de résiliation (en recommandé) jusqu'au 30 novembre au plus tard. Attention : la lettre doit être parvenue auprès de l'assureur-maladie le 30 novembre, et si ce jour tombe un samedi ou un dimanche, le courrier doit arriver chez l'assureur le vendredi qui précède la fin du délai.
- Les assurés qui ont choisi la franchise ordinaire peuvent également résilier à la fin juin. Le délai de résiliation est de trois mois (donc échoit à fin mars). La résiliation à cette date n'est pas possible si la franchise est plus élevée, ou si l'assurance implique un choix limité du fournisseur de prestations (réseau de santé, HMO, médecin de famille, consultation téléphonique) ou s'il s'agit d'une assurance avec bonus.
- À partir du 1^{er} janvier 2025, les assurés qui ont choisi une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations (libre choix du médecin) peuvent passer à un choix limité des fournisseurs de prestations (modèle alternatif – p. ex. médecin de famille, HMO ou Telmed) à tout moment.

Rappelons que les délais de résiliation, généralement plus long, des assurances complémentaires sont régis par d'autres dispositions, et que les délais varient selon les assureurs. En cas de volonté de résiliation des assurances complémentaires, il faudra consulter le contrat ou se renseigner auprès de l'assureur. Soulignons que l'assurance de base et les assurances complémentaires sont indépendantes les unes des autres et peuvent être conclues auprès de deux assureurs différents. Toutefois, cela signifie pour l'assuré une contrainte administrative supplémentaire.

En cas de modification du contrat par l'assureur, en particulier en cas de modification de la prime, il est dans tous les cas possible de changer d'assurance. Le délai de résiliation est d'un mois à compter de la réception de la notification de la nouvelle prime. Il faut résilier le contrat au plus tard à la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime. Comme les assurances prévoient que l'entrée en vigueur des

nouvelles primes est le premier janvier suivant, il faut donc résilier dans le courant du mois de novembre, pour le 31 décembre. Ce délai est le même en cas de changement de contenu du contrat par l'assureur.

Les personnes qui sont en outre au bénéfice d'une assurance complémentaire au contrat de base ont intérêt à préciser qu'elles ne résilient que l'assurance de base, faute de quoi elles s'exposent à la résiliation de toutes les polices. Dans ce cas, l'assuré prend le risque de se voir imposer une réserve aux prestations des soins complémentaires dans la nouvelle caisse - ou d'essuyer un refus pur et simple. Depuis janvier 2001, l'assureur ne peut plus contraindre les assurés, qui résilient l'assurance obligatoire, à résilier également leurs assurances complémentaires.

Lorsque l'assuré doit changer de caisse parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi. Dans tous les cas, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque la nouvelle caisse lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de l'assurance (art. 7 LAMal). Si l'assureur entrave le changement de caisse, il peut se voir tenu de rembourser le dommage en résultant, par exemple la différence entre les deux primes.

Dernier point important: aucun changement d'assureur n'est possible en cas de retard de paiement (que ce soit des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires ou encore des frais de poursuites). Pour pouvoir changer de caisse, l'assuré doit être à jour à la date de fin du contrat.

Suspension de la couverture des accidents

La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert à titre obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). C'est le cas des salariés qui travaillent au moins 8 heures par semaine chez un même employeur.

L'assureur est tenu d'attirer l'attention des assurés sur la possibilité de faire une demande de suspension. La demande doit être accompagnée de la preuve de la couverture entière des accidents (attestation de l'employeur). La caisse réduit la prime en conséquence.

Dès que la couverture selon la LAA cesse, la caisse-maladie couvre les accidents. Elle prend également en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension. C'est l'employeur (ou l'assurance-chômage) qui doit informer par écrit la personne qui cesse d'être assurée contre les accidents selon la LAA et l'inviter à en informer sa caisse-maladie. Il doit le faire dans le mois qui suit. Si l'assuré ne s'exécute pas, la caisse-maladie peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture des accidents depuis la cessation de la couverture LAA. Toutefois, la caisse-maladie reste tenue de couvrir les accidents même si elle n'est pas informée (voir aussi la fiche LPGA).

Obligation d'avancer les prestations

S'il n'est pas certain, dans un cas de maladie ou accident, que les prestations incombent à l'assurance-accidents (LAA) ou à l'assurance militaire (LAM), l'assureur-maladie doit, sur demande de l'assureur-accidents ou militaire, ou de l'assuré, avancer les prestations. Il peut aussi le faire spontanément, sous réserve de son droit à restitution.

Si l'assuré a demandé des prestations tant à l'assureur-maladie qu'à l'assurance-invalidité (AI), l'assureur-maladie doit, à titre provisoire, fournir une garantie de paiement pour les frais de soins, jusqu'à que soit déterminée l'assurance qui prendra le cas en charge. (art. 112 et 113 OAMal; fiche LPGA)

Prestations

L'assurance de base garantit des prestations en cas de maladie, de maternité et d'accident (dans ce dernier cas, uniquement lorsque l'assuré n'a pas d'autre couverture d'assurance). Toutes les caisses offrent les mêmes prestations.

Les prestations sont énumérées aux articles 24 à 31 de la LAMal et dans l'Ordonnance sur les prestations (voir ci-contre, Lois et règlements).

Depuis 2012, les prestations de médecine alternative que sont l'acupuncture, la médecine anthroposophique, la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie uniciste (classique) et la phytothérapie sont à nouveau remboursées par l'assurance de base lorsque les traitements sont effectués par des médecins FMH ayant suivi une formation spécifique dans le domaine concerné.

Soulignons que la personne professionnelle de santé doit avertir le patient si le traitement qu'elle prescrit n'est pas remboursé par l'assurance-maladie obligatoire de base. En cas de doute, l'assuré peut se renseigner auprès de son médecin ou de son assureur.

Prestations en cas de maladie ou accident

Elles comprennent en particulier :

- les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, ou d'autres professionnels de la santé sur ordonnance médicale (chiropraticiens, physiothérapeutes, etc.) ;
- le séjour en division commune d'un hôpital ;
- les analyses, médicaments, moyens et appareils prescrits par un médecin ;
- une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (Fr. 10.- par jour au maximum pendant 21 jours par année civile);
- les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
- une contribution de 50% aux frais de transport et de sauvetage (au maximum Fr. 500.- pour l'ambulance, Fr. 5'000.- pour le sauvetage, par année civile, exclusivement en Suisse) ;
- les soins nécessaires dans un Etat de l'UE ou de l'AELE et les urgences dans un Etat membre ni de l'UE, ni de l'AELE.

Mesures de prévention

L'assurance prend en charge les coûts de certains examens et mesures préventives, effectués ou prescrits par un médecin, notamment : examens des nouveau-nés, des enfants d'âge préscolaire, examens gynécologiques (tous les 3 ans après 2 examens annuels normaux), mammographie en cas de cancer dans la famille et 1 tous les 2 ans dès 50 ans, vaccinations. Certaines mesures de prévention désignées par le Conseil fédéral et effectuées dans le cadre de programmes organisés sur le plan national ou cantonal peuvent ne pas être soumises à la franchise.

En cas d'**infirmité congénitale** non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Maternité

Les prestations spécifiques suivantes sont prises en charge sans participation de l'assuré aux coûts (franchise, quote-part, participation aux frais hospitaliers):

- les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme, pendant et après la grossesse (en cas de grossesse normale: 2 échographies de routine et 7 examens pendant et un après. En cas de grossesse à risque: tous les examens utiles);
- l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou un établissement semi-hospitalier, ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- une contribution pour un cours de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme;
- trois séances de conseils pour l'allaitement prodigués par une sage-femme ou une infirmière.

De plus, depuis le 1er mars 2014, les prestations médicales générales pour cause de maladie fournies à partir de la 13ème semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement sont également exemptées de la participation aux coûts.

En cas d'**interruption de la grossesse**, l'assurance prend en charge les mêmes prestations que pour la maladie.

Soins dentaires

Ils ne sont généralement pas pris en charge. Des exceptions sont prévues, lorsqu'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Le remboursement doit donc porter sur le traitement de guérison de la maladie et sur les mesures qui servent à éliminer les atteintes secondaires dues à la maladie. Le traitement de lésions causées par un accident qui n'est pas pris en charge par l'assurance-accidents est également remboursé.

Primes

Une cotisation égale pour tous les assurés de plus de 18 ans est fixée par les caisses; elle est déterminée en fonction des coûts de chaque canton, voire des régions à l'intérieur des cantons (trois régions au maximum par canton).

Pour les assurés de moins de 18 ans, les assureurs doivent fixer une prime plus basse; ils peuvent le faire également pour les jeunes entre 18 et 25 ans, même s'ils ne sont pas en formation (art. 61 LAMal).

Réduction des primes pour les militaires

L'assurance peut être suspendue quand une personne est soumise à la loi fédérale sur l'assurance militaire pour une certaine durée (par exemple service prolongé).

Formes particulières d'assurances

Les caisses peuvent réduire les primes lorsque l'assuré choisit l'une des formes d'assurance ci-dessous:

Assurance avec franchise à option (art. 93 à 95 OAMal)

Les caisses maladie peuvent proposer les franchises à option suivantes, sans être tenues de toutes les proposer:

Pour les adultes: Fr. 300.- (franchise ordinaire); Fr. 500.-; Fr. 1'000.-; Fr. 1'500.-; Fr. 2'000.- et Fr. 2'500.-

Pour les enfants: Fr. 0.- (franchise ordinaire); Fr. 100.-; Fr. 200.-; Fr. 300.-; Fr. 400.-; Fr. 500.- et Fr. 600.-

Les réductions de primes qu'elles peuvent proposer en fonction de la franchise ne doivent pas dépasser la moitié de la prime payée avec la franchise minimale de Fr. 300.-.

En cas de non-paiement des factures correspondant à la franchise, l'assureur peut procéder au recouvrement par la voie des poursuites et, le cas échéant, suspendre sa prise en charge dans la même mesure que pour les cas de primes non payées (voir plus bas, paragraphe "Non paiement des primes et des participations aux coûts").

Choix limité des fournisseurs de soins et "modèles alternatifs":

Les assurés qui limitent volontairement leur choix des fournisseurs de soins (médecins, etc.) - pour autant qu'un réseau de santé (système HMO) existe dans leur région - voient leurs primes réduites de 10 à 20% au plus (art. 99 à 101 OAMal). D'autres modèles proposent de devoir toujours consulter en premier lieu son médecin de famille ou de recevoir le premier conseil par téléphone. Il est important que l'assuré consulte attentivement les conditions d'assurance pour connaître exactement les droits et les obligations auxquels il souscrit en choisissant un modèle alternatif. En effet, certains modèles sont très contraignants.

Participation aux frais

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient: ils paient la franchise annuelle de Fr. 300.- ou une franchise à option plus élevée et 10% des frais (y compris ceux d'hospitalisation) jusqu'à un montant annuel maximum (quote-part) de Fr. 700.- pour les adultes et Fr. 350.- pour les enfants. La participation ordinaire ne dépasse donc pas Fr.1000.- par année pour un adulte et Fr. 350.- pour un enfant.

Exception: Attention toutefois! La participation au coût des médicaments peut atteindre 20%, mais au maximum fr. 933.- par an, si les médicaments prescrits constituent des préparations originales en lieu et place d'un générique, à moins qu'il existe une nécessité médicale imposant la préparation originale (sous brevet), plutôt que le médicament générique existant. L'Office de la Santé Publique (OFSP) tient à jour une liste des spécialités et une liste des médicaments génériques. Elles peuvent être consultées sur le site Internet de l'OFSP.

S'il y a changement d'assureur au cours de l'année civile, la nouvelle caisse doit tenir compte de la franchise déjà versée, ainsi que de la quote-part.

En cas d'hospitalisation les assurés versent en plus une contribution aux frais de séjour de Fr. 15.- par jour; les enfants (0-18 ans) ainsi que les jeunes adultes (19-25 ans) en formation en sont exemptés. Les femmes en sont également exemptées pour les prestations de maternité. Cette contribution n'est pas comptée dans la quote-part. La caisse ne peut exiger aucune participation pour la maternité (art. 64 LAMal). En cas de non-paiement de la participation aux frais qui a été avancée par l'assureur, celui-ci peut procéder au recouvrement dans la même mesure que pour les cas de non-paiement des primes.

Systèmes "tiers garant" et "tiers payant"

Le système du tiers garant est celui prévu par défaut dans la loi (art. 42 al.1 LAMal). L'assuré doit payer lui-même ses factures jusqu'au montant de la franchise annuelle et demander remboursement du surplus à sa caisse. Dans le système du tiers payant, la caisse reçoit directement et paie elle-même certaines factures de prestataires de soins. C'est le système du tiers payant qui prédomine pour les factures d'hôpital, tandis que c'est celui du tiers garant qui est utilisé pour les factures de médecins. En ce qui concerne les pharmacies, la majorité des caisses reçoivent et paient, le cas échéant, la facture (tiers payant), tandis qu'une minorité rembourse le paiement fait préalablement par l'assuré (tiers garant).

Réduction des primes par les subsides cantonaux

Les cantons disposent chacun de leur propre règlement d'exécution de la loi d'application fédérale sur l'assurance-maladie pour déterminer les ayants droit aux subsides destinés à couvrir totalement ou partiellement les primes des assurés à revenu modeste. À ce sujet, se référer aux fiches cantonales.

Non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 64a LAMal)

L'assuré est tenu de payer la prime d'assurance-maladie par avance et de s'acquitter des factures de participations aux coûts. La loi prévoit qu'en cas de non-paiement, l'assureur envoie un rappel écrit, une sommation avec délai de 30 jours, puis engage des poursuites. Notons qu'en cas d'opposition, la caisse-maladie rend elle-même la décision de mainlevée qui permet de continuer les poursuites.

Les caisses-maladie ont un intérêt à poursuivre les assurés qui se trouvent en difficultés de paiement, car elles peuvent ensuite demander le remboursement des 85% de la somme due pour laquelle un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré. Ensuite, l'assureur conserve les actes de défauts de biens (et titres équivalents) jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède 50% du montant reçu au canton.

Les conséquences pour l'assuré sont multiples : tout d'abord, aucun changement d'assurance n'est possible en cas de retard de paiement : cela signifie que l'assuré doit régler l'intégralité des primes, des participations aux coûts ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites pour pouvoir changer de caisse maladie.

Depuis le 1er janvier 2024, les enfants mineurs ne peuvent plus être poursuivis, une fois parvenus à leur majorité, pour des arriérés de primes et

de participations que leurs parents n'auraient pas payés durant leur minorité (art. 64a 1bis LAMAL). À l'âge de 18 ans, les enfants concernés devenus majeurs peuvent changer d'assurance-maladie au moment de leur majorité; ils doivent en être avertis par leur assureur-maladie (art. 105I al.2bis OAMal). Attention! À partir de la majorité, les enfants sont solidairement responsables des dettes d'assurance-maladie, même lorsqu'ils sont en formation et qu'il existe une obligation d'entretien des parents.

Enfin, certains cantons (aucun en Suisse romande) ont fait usage de la possibilité prévue par la LAMal de demander la suspension de la prise en charge des prestations pour les assurés en défaut de paiement. Ils n'ont alors droit qu'à des prestations relevant de la médecine d'urgence. Toutefois, en Suisse romande (y compris dans les cantons bilingues de Berne et Fribourg), la suspension des prestations en cas de non-paiement n'existe plus.

Procédure

En cas de désaccord, il est possible de s'adresser au médiateur (ombudsmann de l'assurance-maladie) afin de rechercher une solution à l'amiable.

Il est également possible de demander à son assureur-maladie de rendre une décision formelle, avec voies de droit, donc contre laquelle l'assuré peut former une opposition.

En matière de subsides en particulier, se référer aux fiches cantonales.

Recours

Les décisions rendues sur opposition peuvent être contestées, dans les 30 jours dès sa réception, auprès de l'autorité judiciaire instituée par le canton. La décision de cette autorité peut à son tour être soumise, dans les 30 jours, par voie de recours, au Tribunal fédéral.

La procédure est simple, rapide et en général publique. À noter que le principe de la gratuité contenue à l'article 61 let.a LPGA a été supprimée au 1er janvier 2021.

Sources

Responsable rédaction: ARTIAS

Sources:

- OFSP, L'assurance-maladie obligatoire, guide, 2024 (disponible en ligne sur le site de l'OFSP).
- OFSP, modification de la LAMal, communiqué du 22 novembre 2023 et Rapport explicatif sur la modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/mod-oamal-oblig-payer-primen.html>, 17.01.2024.

Adresses

Office de médiation de l'assurance-maladie (Lucerne)
Tribunal fédéral (Lucerne)
Office fédéral de la santé publique (Berne)

Lois et Règlements

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) (RS 832.10)
Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) (RS 832.102)
Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie

Sites utiles

Le Calculateur des primes de l'Office fédéral de la santé publique
Office fédéral de la santé publique
Fédération romande des consommateurs
Association suisse des assuré-es (ASSUAS)
Plate-forme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers