

## L'Aide médicale d'Etat : un filet de sécurité pour la santé publique à ne pas restreindre

### I - Qu'est-ce que l'AME ? Qui en bénéficie ?

L'AME est une prestation sociale financée par l'Etat ; son budget est examiné chaque année dans le cadre du projet de Loi des finances, indépendamment de celui de la sécurité sociale. Sa gestion est déléguée par l'Etat à la CNAMTS mais les bénéficiaires ne sont pas considérés assurés sociaux.

Pour en bénéficier, il faut : être sans titre de séjour ; prouver de sa résidence en France depuis au moins 3 mois consécutifs ; déclarer des ressources inférieures à 746 euros par mois pour une personne seule (seuil identique à celui de la complémentaire CMU (CMU-C).

Qui sont les bénéficiaires de l'AME ? Quel est leur état de santé ?

Il faut souligner un **vrai déficit de statistiques publiques** sur les bénéficiaires de l'AME (sur les nationalités, l'état de santé, le non recours...) qui **alimente de façon importante les fantasmes**. Les associations demandent depuis quelques années à ce que des statistiques et enquêtes soient développées par des organismes indépendants. Les différentes sources concordent cependant pour montrer que **les bénéficiaires de l'AME sont en grande précarité, sont plus souvent malades et sont particulièrement exposés aux risques de santé en raison de leurs conditions de vie difficiles en France**.

Selon les données officielles disponibles<sup>i</sup> **41 % des bénéficiaires ont moins de 30 an, 57% sont des hommes (en majorité seuls). 66% des dépenses sont des dépenses hospitalières**. Les bénéficiaires de l'AME sont plus exposés aux risques d'hospitalisation pour les maladies infectieuses, obstétriques et hématologie. A Paris, parmi les affections les plus fréquemment traitées figurent la tuberculose, les maladies associées au VIH, les accouchements par césarienne<sup>ii</sup>.

Parmi les patients consultants à Médecins du Monde (15 centres de santé répartis sur toute la France, plus de 24.000 personnes accueillies, plus de 29.700 consultations), on voit une surreprésentation de certaines infections, par rapport aux cabinets de médecine générale : **infections aiguës des voies respiratoires, bronchites ; hépatites virales ; problèmes digestifs et cutanés**<sup>iii</sup>.

**42% des femmes enceintes ont un retard de suivi de grossesse** et 92% des femmes enceintes ne disposent d'aucun droit ouvert à la couverture maladie<sup>iv</sup>. Les **prévalences du VIH, des hépatites et de la tuberculose** sont largement supérieures aux prévalences nationales<sup>v</sup>. Les **taux de vaccination sont faibles**, dans un contexte de retour de la rougeole et de la varicelle dans la population générale et d'exposition élevée au risque de tuberculose. **56% des patients souffraient d'une pathologie chronique** (diabète, hépatites, hypertension...). **83% nécessitaient un suivi et/ou un traitement**. **Près de 50 % présentaient un retard de recours aux soins** selon les médecins. Et près de **40% nécessitaient des soins urgents ou assez urgents**.

Plusieurs Bulletins épidémiologiques hebdomadaires<sup>vi</sup> présentant les résultats d'études sur des populations migrantes dans des centres associatifs, des centres d'hébergement après expulsions de campements à Paris, des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS hospitalières), ou encore suite à une surveillance épidémiologique à Calais et Grande Synthe... montrent également :

- une **grande fréquence des problèmes de santé physique (infections respiratoires aiguës, gale, selon les lieux) et psychique** (troubles psychiques, psychotraumas) ;
- une fréquence des **épisodes épidémiques** (rougeole, varicelle, grippe) ;
- un **niveau de suivi prénatal très insuffisant** et un **risque accru de décès maternels**.

Ils montrent également une grande fréquence du renoncement aux soins, une extrême précarité des conditions de vie en France. **Ils concluent sur la nécessité de renforcer les démarches de soins et d'accès à une couverture maladie.**

La grande fréquence des problèmes de santé, une plus grande exposition aux risques de santé en raison des conditions de vie difficiles et une grande précarité, cumulée avec la faiblesse de l'accès à une médecine préventive **montrent la nécessité de sécuriser et maintenir ce filet de santé publique et individuelle qu'est l'AME.**

## **II – A quoi a-t-on droit avec l'AME : un système plus avantageux pour les étrangers sans papiers ?**

L'AME prend en charge les frais de santé à hauteur de 100% du tarif sécurité sociale (ce qui exclut donc les dépassements d'honoraires). De ce fait, elle inclut la part complémentaire (ou « ticket modérateur »<sup>vii</sup>). La population générale (hors bénéficiaires de la CMU-C) doit payer ce « ticket modérateur », soit elle-même soit en ayant recours à une complémentaire santé. L'AME inclut la part complémentaire et doit **donc être comparée à la complémentaire CMU (CMU-C<sup>viii</sup>)**. **Les deux dispositifs s'adressent à des personnes très démunies (moins de 746 euros par mois pour une personne seule), qui ne pourraient payer leur « ticket modérateur ».**

Les bénéficiaires de l'AME sont-ils plus avantagés que les bénéficiaires de la CMU-C ?

- Non, car ils ont un **panier de soins plus réduit** (catégories de soins remboursables par l'Assurance maladie). Sont exclus du panier de soins de l'AME : les frais de traitement et d'hébergement des **personnes handicapées**, y compris des enfants ; les frais d'examens de **prévention bucco-dentaire** pour les enfants ; les indemnités journalières ; les cures thermales ; la procréation médicalement assistée ; les médicaments à faible service rendu.
- Non, car ils ont une **prise en charge beaucoup plus faible** sur la part complémentaire que celle assurée par la CMU-C sur les **prothèses dentaires et les lunettes** ; en pratique, ces dernières sont inaccessibles financièrement aux bénéficiaires de l'AME.
- Ils **ne bénéficient pas des programmes de prévention** de l'Assurance maladie : prévention bucco-dentaire pour les enfants ; dépistage gratuit cancer colon et col de l'utérus.
- Les bénéficiaires de l'AME n'ont **pas de carte vitale**, ce qui complexifie le traitement administratif de leur dossier, allonge les délais de remboursements des professionnels de santé et constitue un facteur important de **refus de soins**, beaucoup plus importants que pour les bénéficiaires de la CMU-C.
- Il n'y a **pas de majoration de revenu pour les médecins**, comme c'est le cas pour les patients bénéficiaires de la CMU-C
- Ils rencontrent enfin **d'autres obstacles spécifiques dans l'ouverture de leurs droits et leur parcours de soins** : complexité administrative (démarches, papiers demandés, complexité de la réglementation), pratiques restrictives de la part de caisses d'assurance maladie, méconnaissance de leurs droits, barrière de la langue, peur d'être arrêté<sup>ix</sup>...
- Cette prestation d'aide sociale concerne **les plus pauvres parmi les plus pauvres**<sup>x</sup>.

« Ils ne payent pas le ticket modérateur de la ménagère »

Dès lors qu'on met les personnes dans de multiples catégories et sous-catégories différentes (de ressources, de statut, de maladie, d'âge, de risques...), il semble facile de les opposer et de les monter les unes contre les autres...

Les assurés sociaux ayant des ressources au-dessus de 746 € par mois ne bénéficient pas de la CMU-C, **alors même qu'ils peuvent être en dessous du seuil de pauvreté**<sup>xi</sup>, comme c'est le cas des bénéficiaires de l'AAH ou du minimum

vieillesse<sup>xiii</sup>. De nombreuses personnes avec des faibles ressources se retrouvent ainsi à payer le ticket modérateur et/ou des complémentaires santé souvent chères et qui ne protègent pas bien. **C'est pourquoi les associations demandent depuis longtemps que le plafond de ressources pour la CMU-C soit plus élevé**, a minima au niveau du seuil de pauvreté.

Au lieu d'opposer les plus démunis aux démunis, la vraie question ne serait-elle pas celle de l'équité dans l'accès à une couverture santé permettant des soins et des traitements de même qualité pour tous ?

### III - Un coût non maîtrisé ?

#### Chiffres clefs

**Budget total consommé en 2018<sup>xiii</sup> : 903,3 millions € (+4% sur 1 an), dont :**

- AME de droit commun : 848,3 millions € (+ 6% sur un an.)
- AME Soins urgents : 40 M€<sup>xiv</sup>
- Autres dispositifs AME : 1,3 millions € (Ame « humanitaire » et évacuations sanitaires)

**Budget 2019 : 943 millions €**

- Budget total Assurance maladie 2019 : **200,4 milliards d'euros (+2,5%)**
- Proportion du budget AME /budget Assurance maladie : 0,5%, stable
- **Nombre de bénéficiaires AME (au 31/12/2018) : 311 310, en baisse/2017**
- Nombre de bénéficiaires de la **CMU-C** : **5,6 millions**
- Nombre de bénéficiaires de **l'Assurance maladie** : **62 millions**
- Dépense maladie par bénéficiaire Sécurité Sociale : 3.232 € / an
- Dépense maladie par bénéficiaire AME : 3.003€ / an

#### Un coût non maîtrisé, trop élevé ?

**L'AME est une prestation très contrôlée.** Des rapports IGAS/IGF réguliers en examen précisent le fonctionnement et les dépenses (une mission en cours, les précédents datent de 2007 et 2010). Un rapport parlementaire a été produit en 2014 (par Christophe Sirugue et Claude Goasguen) et a fait l'objet d'un suivi en 2017. Elle est discutée chaque année dans le cadre du projet de loi de finances puis du projet de loi de finances rectificatives, et fait très souvent l'objet d'attaques et d'instrumentalisations politiques.

Le budget de l'AME est certes en augmentation mais celle-ci est à relativiser fortement : selon les derniers chiffres officiels cette **augmentation est liée principalement à l'évolution moyen du coût hospitalier<sup>xv</sup>**. Le budget global de l'AME **représente environ 0,5% de celui de l'Assurance maladie, proportion stable depuis des années<sup>xvi</sup>**. On peut aussi comparer ce montant à celui des dépassements d'honoraires (payés par les patients et/ou leurs complémentaires santé), de plus de 2,8 milliards d'euros.

Le nombre de **bénéficiaires de l'AME de droit commun est en fait en baisse en 2018** par rapport à 2017 (-0,6%). Ce qui correspond bien aux constats des associations sur le durcissement des barrières à l'entrée et de l'importance du non-recours à ce droit.

#### Que sait-on des fraudes à l'AME ?

Le nombre de fraudes avérées à l'AME est extrêmement faible : 54 cas de fraude ont été identifiées par l'Assurance maladie en 2014, **38 cas de fraudes en 2018**. En 2017, le montant du préjudice du fait de fraudes a été estimé par la CNAM à 461.014 €, soit **moins de 0,06% du total des dépenses AME** la même année<sup>xvii</sup>. Selon le même rapport, **la CNAM renforce encore cette année les modalités de détection et de lutte antifraudes sur l'AME.**

**A l'opposé de la fraude**, les constats<sup>xviii</sup> convergent sur un important **non recours à ce droit** et un important **renoncement** aux soins des personnes face aux multiples obstacles et **difficultés d'accès** : administratives, complexité du système, grande précarité et préoccupation de survie, instabilité majeure des lieux de vie, peur d'être arrêté... Le Défenseur des droits a montré que les mesures antifraudes ont des conséquences dramatiques, et que les demandeurs sont parfois sanctionnés par omission et sans être prévenus<sup>xix</sup>.

Une prise en charge médicale a minima est-elle génératrice d'économies budgétaires ?

Ferait-on des économies en diminuant le budget de l'AME ? Au contraire, un nombre croissant d'études démontrent que, pour de nombreuses pathologies, **les prises en charge plus tardives de pathologies ainsi aggravées sont plus coûteuses pour le système de santé.**

Une étude menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne pour trois pays (Suède, Allemagne et Grèce) et deux pathologies (hypertension artérielle et soins prénataux) montre des économies allant de 9 % à 69 %, pour des soins précoces versus soins tardifs, selon les pathologies et les pays<sup>xx</sup>. Concernant le VIH, une étude montre qu'une prise en charge précoce des personnes atteintes par le VIH génère une économie moyenne comprise entre 32 000 et 198 000 € par patients<sup>xxi</sup>. D'autres études vont dans le même sens en ce qui concerne la pédiatrie<sup>xxii</sup>, ou encore les soins pour les demandeurs d'asile et les réfugiés en Allemagne<sup>xxiii</sup> ; cette dernière conclut que le coût de l'accès restreint aux soins de santé pour cette population en Allemagne est plus élevé qu'un accès régulier.

Les professionnels de santé constatent tous les jours les absurdités et les conséquences humaines et financières des prises en charge tardives de patients dans de nombreuses pathologies.

#### **IV - Un système « attractif », caractérisé par des abus et des « filières » ?**

La « migration pour soins » : un mythe puissant ?

Plusieurs études scientifiques montrent que la migration pour soins ou pour raison de santé est un phénomène très marginal : les études représentatives de l'Ined (TeO) ou « *Parcours* » du CEPED pour les migrants d'Afrique subsaharienne confirment que ce sont des **motifs de migration à la marge loin derrière les motifs familiaux, professionnels, liés aux études, économiques, ou de demande d'asile.**

Le rapport du réseau international de Médecins du monde (MdM) *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé*<sup>xxiv</sup>, fondé sur les données médicales et sociales collectées en 2015 dans 31 villes de 12 pays (près de 10.500 dossiers patients exploités), montrait que parmi les raisons de migration citées, **seuls 3 % des patients déclarent avoir quitté leur pays d'origine entre autres pour des raisons de santé** (chiffre stable depuis 2006).

**Rien ne permet d'affirmer que le dispositif de l'AME est attractif.** Au contraire, les constats tant scientifiques que des acteurs de terrain montrent une méconnaissance de leurs droits par les personnes, un renoncement et un non recours important.

Des « filières » de soins incontrôlées ?

- A ce jour rien ne prouve que des « filières » de soins sont en place. **Aucune donnée** n'objective l'existence de « filières »<sup>xxv</sup>. Nous faisons face à de nombreuses **rumeurs**, qui montrent bien que la porte est ouverte à tous les fantasmes et à leur instrumentalisation politique. Nous rencontrons des réalités exactement inverses : augmentation des contrôles administratifs, obstacles à l'accès... **De plus, serait-ce une raison suffisante pour s'attaquer à une prestation qui bénéficie à toute une population sans ressources et particulièrement exposée à des risques de santé ?**

- Une confusion est faite avec des problèmes liés aux **accords bilatéraux de coordination entre sécurités sociales**. Des accords bilatéraux sont en effet passés entre l'Assurance maladie française et des sécurités sociales d'autres pays. Certaines d'entre elles ont des dettes importantes auprès de notre Assurance maladie (non remboursement de soins réalisés en France pour des résidents de ce pays). C'est le cas de pays du Sud mais également de certains pays riches<sup>xxvi</sup>. Il s'agit pourtant d'un problème à part : **restreindre la portée de l'AME ne résoudrait en rien ces problèmes de dettes inter sécurités sociales**.
- Par ailleurs, certains hôpitaux ont volontairement mis en place une **politique de « tourisme médical »**, attractive, de promotion de certains actes médicaux rentables à **destination d'un public étranger solvable**, l'incitant à venir se faire soigner en France en payant ses soins... Cette logique de promotion commerciale de soins payants est-elle cohérente avec un discours condamnant un « tourisme médical » des étrangers pauvres non solvables ? La capacité de payer soi-même ses soins doit-elle être le seul critère pour avoir accès aux actes médicaux et de prévention ?
- Enfin, **le prix des médicaments constitue un véritable enjeu pour notre système de santé** et la société, notamment pour les nouveaux traitements contre l'hépatite C ou le cancer. Mais il ne s'agit pas d'agiter cet épouvantail uniquement lorsqu'il est question des personnes en situations irrégulières. **Cela pose plusieurs questions majeures qui nous concerne tous**. Comment sont fixés les prix de ces traitements, si coûteux qu'ils pourraient mettre en danger notre système d'assurance maladie ? Quels sont les critères réels, au-delà de ceux fixés par la loi, puisque sur le prix du médicament, l'opacité est la norme. Pour la Cour des comptes, le système de santé consent à payer des médicaments nouveaux trop chers de manière à financer des politiques industrielles nationales. Ce n'est pas le rôle du système de santé, qui doit assurer le droit fondamental à la protection de la santé pour tous. Il n'est pas acceptable, ni éthique, de restreindre l'accès à la santé pour certains, parce que les soins et traitements seraient trop chers, au profit des rémunérations d'industriels.

## V – Quelles conséquences auraient des restrictions de l'AME ?

- Des restrictions de l'AME décupleraient les difficultés déjà réelles à l'accès et à l'ouverture de ce droit. **Les personnes ne pourraient pas payer même une petite part des soins et traitements.**
- Des restrictions de l'AME **aurait des conséquences néfastes en termes de santé publique** : elle constitue un véritable filet de santé publique en permettant, malgré ses imperfections, un accès aux soins à une population très exposée aux risques de santé, dont les maladies infectieuses et transmissibles, en raison de conditions de vie très dégradées.
- Des restrictions de l'AME **freinerait l'accès à la médecine de ville** : comment les médecins généralistes ou spécialistes pourront continuer à soigner ces personnes ? Une restriction augmenterait les refus de soins, et la prise en charge en ville reposerait encore plus sur des professionnels militants, déjà surchargés.
- Des restrictions de l'AME **aggraverait le recours tardif aux soins à l'hôpital** :
  - Le modèle des **Pass**<sup>xxvii</sup>, qui pour beaucoup sont déjà saturées, risquerait d'exploser financièrement, et les professionnels seraient encore plus sous pression.
  - Les **services des urgences seraient plus sollicités**, dernier filet de recours aux soins en l'absence de droit et d'un recours possible en amont en ville, et alors qu'elles sont déjà en crise majeure dans un nombre croissant d'hôpitaux.
  - Ce report sur l'hôpital des patients en retard de soins aurait pour conséquence, de fait, un **report du budget de l'AME sur les finances hospitalières**, aggravant d'autant les déficits hospitaliers.
  - L'absence de possibilité de financement à l'hôpital des patients en situation irrégulière pourrait **favoriser des pratiques d'inhospitalité**, déjà observables par endroits.
- Des restrictions de l'AME, bien qu'elles soient justifiées en partie par une nécessité budgétaire, **auraient au contraire des conséquences économiques négatives pour notre système de santé** en entraînant des prises en charge plus tardives. Comme le montrent plusieurs études, les retards de soins entraînent des surcoûts financiers importants pour la collectivité. Ces surcoûts, moins visibles et plus dilués que sur un budget spécifique, seraient néanmoins bien réels.



i<sup>PLF</sup> 2018, Bleu, Programme 183, Justification au premier euros.

ii<sup>« Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État », C.Goasguen et C.Sirugue, Assemblée nationale, 3 novembre 2015.</sup>

iii<sup>« Recours aux soins des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des motifs de recours aux soins dans les centres d'accueil de Médecins du Monde et en médecine générale libérale, 2011-2012 ». Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L., BEH, 2017, 19-20 : 430-6</sup>

iv<sup>Voir Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde 2019, à paraître en octobre 2019.</sup>

v<sup>Sur le VIH, voir F.mangin et coll : « Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Saint-Denis, de 2012 à 2016 », BEH n°40-41, 27 novembre 2018.</sup>

vi<sup>BEH n°2-2-4, 17 janvier 2012 : « Santé et recours aux soins des migrants en France » ; BEH n°19-20, 5 septembre 2017 : « La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique » ; BEH n°17-18, 25 juin 2019 : « Populations migrantes : violences subies et accès aux soins ».</sup>

vii<sup>« Ticket modérateur » : somme restant à la charge du patient pour « modérer » ou limiter, en théorie, sa consommation de soins.</sup>

viii<sup>La CMU-Complémentaire est un dispositif, financé par une taxe, qui permet aux personnes démunies d'avoir une complémentaire santé.</sup>

ix<sup>En 2018, près de 40 % des étrangers en situation irrégulière reçus dans les centres de soins de Mdm en France déclarent limiter leur déplacement de peur d'être arrêtés.</sup>

x<sup>Parmi les personnes en situation irrégulière reçues dans les centres de soins de Mdm, la très grande majorité vit en dessous du seuil de pauvreté et 4 personnes sur 10 n'a aucune ressources.</sup>

xi<sup>A 60% du revenu median.</sup>

xii<sup>Seuil de pauvreté à 60% du revenu median : 1026 euros par mois. AAH : 860 € par mois pour une personne ; minimum vieillesse : 868 € par mois.</sup>

xiii<sup>PLR 2018- Extrait du rap de la mission : Santé. Version du 13/05/2019. Programme 183 Protection maladie : [https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/farandole/ressources/2018/rap/pdf/DRGPGMPGM183.pdf](https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2018/rap/pdf/DRGPGMPGM183.pdf)</sup>

xiv<sup>Ce montant, qui n'a pas augmenté depuis 2008, couvre environ 40% de la dépense de soins à la charge de la CNAMTS</sup>

xv<sup>PLR 2018 op.cit</sup>

xvi<sup>Philippe Batifoulier : « Les migrants ont-ils trop d'assurance ? », in La santé des migrants en question(s), ss la dir. J.M. André, Hygée Editions, Presses de l'EHESP, 2019.</sup>

xvii<sup><http://www.assemblee-nationale.fr/15/budget/plf2019/b1302-tIII-a38.asp></sup>

xviii<sup>BEH 2017 et 2019, op.cit., Rapport de l'Observatoire de Mdm 2019 op.cit.</sup>

XIX<sup>2</sup> Défenseur des droits : « *Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?* », Rapport, septembre 2017.

XX<sup>2</sup> FRA (2015). *Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation*. Luxembourg, European Agency des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) : <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>

XXI<sup>2</sup> M. Guillon, M. Celse, P. Y. Geoffard : « Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France », *Eur J Health Econ* (2018) 19 :327-340

XXII<sup>2</sup> Kraft, A. D., S. A. Quimbo, O. Solon, R. Shimkhada, J. Florentino and J. W. Peabody (2009). "The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays." *J Pediatr* 155(2): 281-285 e281.

XXIII<sup>2</sup> K. Bozorgmehr, O. Razyum : « *Effect of restricting access to healthcare on health expenditures among asylum seekers and refugees : a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013* » ; juillet 2015/ : un article révisé par les pairs qui conclut que le coût de l'accès restreint aux soins de santé pour les DA et les réfugiés en Allemagne est plus élevé qu'un accès régulier

XXIV<sup>2</sup> <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/rapport-observatoire-2016-mdm-international.pdf>

XXV<sup>2</sup> A propos des implants mammaires, voir cet article qui déconstruit cette rumeur : <https://www.lci.fr/politique/stanislas-guerini-evoque-des-abus-de-l-aide-medicale-d-etat-pour-financer-des-protheses-mammaires-pourquoi-c-est-faux-2131985.html>

XXVI<sup>2</sup> A vérifier : <https://www.europe1.fr/sante/la-france-veut-lancer-une-plateforme-pour-attirer-plus-de-patients-etrangers-2887676>

XXVII<sup>2</sup> Permanence d'accès aux soins de santé, dispositif permettant la prise en charge des personnes démunies et sans droits à l'hôpital.