

L'aide médicale d'Etat : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel

Didier Maille

Comité médical pour les exilés (COMEDE)

Adeline Toullier

Groupe d'information et de soutien des immigrés (GISTI)

Pierre Volovitch

Institut de recherche économique et sociale (IRES)

En juillet 1999, la loi sur la couverture maladie universelle (CMU) organisait le transfert vers l'assurance maladie « universalisée » de presque tous les bénéficiaires de l'Aide médicale. Presque tous car les étrangers en situation irrégulière restaient exclus du nouveau dispositif et demeuraient isolés dans un système spécifique. Comme les associations en avaient dès l'abord exprimé la crainte, le caractère spécifique d'une prestation désormais réservée aux seuls « sans papier » l'exposait à toutes les attaques. Elles ont effectivement été nombreuses, en droit et en fait, dégradant les conditions d'accès aux soins de populations en difficultés. Les mesures restrictives ne permettront d'atteindre aucun des objectifs affichés mais peuvent conduire, et conduisent déjà, à des régressions dans le domaine des droits et à des impasses en matière de politiques publiques. Il apparaît opportun de sortir de cette situation.

PETITE HISTOIRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ETAT

De 1945 à 1993, l'accès à l'assurance maladie n'est articulé à aucune condition en matière de régularité de séjour ⁽¹⁾. C'est la loi Pasqua du 24 août 1993 qui introduit une condition de régularité de séjour dans le cadre de l'assurance maladie. Les personnes « sans papier », qui ne sont pas encore baptisées ainsi dans le débat public, ont cependant accès à l'aide médicale (« départementale » ou d'« Etat » selon la domiciliation) comme d'autres populations pauvres françaises ou étrangères.

Malgré plusieurs textes qui visent à donner à l'assurance maladie un caractère universel, de nombreuses personnes continuent à éprouver des difficultés pour faire valoir leurs droits à l'assurance maladie. Côté aide médicale, la gestion départementale laisse persister des inégalités importantes.

(1) Sauf exceptions, notamment en matière d'interruption volontaire de grossesse : loi du 17 janv. 1975.

En 1999, le gouvernement, par le biais de la loi CMU, résout le problème de l'universalité en renversant la charge de la preuve. Ce n'est plus à l'assuré de prouver qu'il a des droits auprès de tel ou tel régime d'assurance maladie. Toutes les caisses de n'importe quel régime doivent couvrir toute personne qui le demande, à charge pour les caisses de rechercher si cette personne n'a pas des droits auprès d'un autre régime d'assurance maladie. Du fait de la mise en place de cette nouvelle législation, l'aide médicale est amenée à disparaître.

► Quand le gouvernement a renoncé à l'universalité de la CMU (1999)

La logique de l'universalisation recherchée par la mise en place de la CMU aurait dû conduire à faire passer sous le nouveau régime l'ensemble des populations couvertes par l'aide médicale (précaires, sans domicile fixe, sans papiers...). C'était sans compter sur un fantasme qui a la vie dure : celui de « l'appel d'air ». Si la France annonçait que la couverture maladie était réellement universelle, cela provoquerait un « appel d'air ». Les malades du Sud viendraient en France à la seule fin de « profiter » de « notre » assurance maladie. Le fait que la majorité des immigrants soient des personnes jeunes en bonne santé, le fait que la plus grande part des personnes qui se trouvent un jour en situation irrégulière ne soit pas des personnes qui sont entrées dans le pays en situation irrégulière mais au contraire des personnes entrées régulièrement et qui ont perdu leur droit au séjour alors qu'ils résidaient déjà en France, tout cela n'y fait rien. Le fantasme de « l'appel d'air » est un fantasme, il n'a pas besoin d'être démontré pour exister. L'intégration dans la CMU des étrangers en situation irrégulière était alors décrite par ceux qui voulaient la mettre en place comme un chiffon rouge qu'il ne fallait surtout pas agiter devant l'opposition. La mise en place de la CMU en serait rendue plus difficile. Ils décident alors de renoncer à l'universalité réelle. Une aide médicale résiduelle est maintenue, vidée de la quasi-totalité de ses bénéficiaires transférés vers la CMU. L'aide médicale d'Etat « rénovée » sera nationale, et ne prendra désormais en charge que les seuls étrangers en séjour irrégulier. On s'aperçoit heureusement à temps que le sigle de la nouvelle prestation donnerait AMER ! On oublie la « rénovation ». La nouvelle prestation s'appellera Aide médicale d'Etat (AME).

L'amertume n'est plus dans le titre, elle sera cependant dans la réalité. La CMU changeait réellement les choses en faisant basculer la charge de la preuve. Le droit était présumé. Le maintien d'une prestation spécifique va considérablement réduire l'impact de la réforme. Du fait de l'existence de ce régime spécifique, il faut, avant d'ouvrir les droits à un étranger, ou à un individu présumé tel, vérifier s'il relève de la CMU ou de l'AME. Pour maintenir dans une situation spécifique quelques dizaines de milliers de personnes, il faut vérifier les droits de plusieurs centaines de milliers de personnes. Le droit n'est plus présumé, il faut de nouveau le prouver. Et comme il vaut mieux que cette vérification soit réalisée par des personnes compétentes, on va mettre en place des guichets particuliers. Et comme ce n'est pas si simple, on commence dès ce moment, et on continue aujourd'hui encore, à ne pas bien faire le tri mettant dans la case AME des personnes qui relèvent dans les faits de la CMU ²...

Parce que l'AME était une prestation spécifique, elle avait quelques caractéristiques propres. Certes, au moment de sa mise en place, et encore aujourd'hui, le plafond de revenu qu'il ne faut pas dépasser pour avoir droit à l'AME est le même que celui de la CMU. Mais le panier de soins pris en charge n'était pas (et n'est toujours pas) exactement le même, dans

(2) Notamment, les demandeurs d'asile, ou encore les personnes disposant d'un document précaire de séjour.

le domaine du dentaire et de l'optique en particulier. L'accès à la médecine de ville n'était ouvert qu'aux personnes présentes en France depuis plus de 3 ans. Cette disposition participait à l'engorgement des urgences et posait de plus la question de l'accès à des soins ordinaires pour les enfants. Enfin l'AME était, et est toujours, financée par l'Etat qui rembourse, sur fonds budgétaires, le coût de la mesure à l'assurance maladie.

Les associations de soutien aux immigrés et les associations humanitaires ont critiqué, dès la mise en place de la mesure, la frilosité du gouvernement qui n'osait pas aller au bout de la démarche d'universalisation et ont fait part de leurs craintes de voir le contenu de la prestation rapidement mis en cause. Fin 2001, elles obtiennent cependant une avancée. Les mineurs, qu'ils soient ayant droit d'une personne démunie de titre de séjour ou isolés, ont droit à la CMU de base. Même si la CMU complémentaire ne leur est pas accessible, les associations espèrent que cela sera pour bientôt et se réjouissent de cette mise en conformité, certes tardive, de la loi française avec le principe d'égalité de traitement entre tous les enfants, quelle que soit la situation juridique des parents, garanti par la Convention internationale des droits de l'enfant.

► Quand le Parlement a voulu faire payer les pauvres (décembre 2002)

La première attaque d'envergure contre l'AME utilise un curieux véhicule : une loi de finances rectificative³. En décembre 2002, un amendement d'initiative parlementaire, non débattu en commission, est adopté en séance : il apporte trois changements importants.

Premier point : il met en place un « ticket modérateur ». Pour défendre cet amendement, certains parlementaires expliquent que ce « ticket modérateur » mettra les bénéficiaires de l'AME dans la même situation que les autres assurés sociaux. Ils oublient seulement que les assurés sociaux qui ont les mêmes revenus que les bénéficiaires de l'AME sont, grâce à la CMU complémentaire, exonérés de ce « ticket modérateur ». Les promoteurs de cette « responsabilisation » mettent toutefois quelques limites à leur démarche : les mineurs sont exonérés et ce ticket modérateur devrait être plafonné.

Second point : il supprime l'accès à la CMU pour les mineurs isolés ou à charge de sans-papiers.

Dernier et seul point positif du point de vue de l'accès aux soins : la durée minimum de 3 ans pour accéder aux soins de ville est supprimée.

La mobilisation du monde associatif et médical est rapide, forte et large. Elle avance en particulier que ce nouveau ticket modérateur est un véritable ticket d'exclusion : faire peser une part des dépenses de santé sur un individu disposant de faibles ressources peut conduire à un report, voire un renoncement aux soins. Le gouvernement s'engage en mars à ne pas publier les décrets nécessaires à la mise en place du ticket modérateur, mais annonce, en quelque sorte comme contrepartie, une lutte plus importante contre les abus et les fraudes. Un projet de circulaire est dévoilé en mai 2003. L'application de cette circulaire, longue de près de 30 pages, ferait pratiquement disparaître la possibilité de déclarations sur l'honneur.

(3) Le fait que l'AME soit directement financée, comme on l'a vu ci-dessus, par le budget de l'Etat va servir pour faire passer les atteintes à l'AME non dans le cadre de discussions relatives à l'assurance maladie, mais dans le cadre de discussions relatives aux lois de finance.

Pour chaque élément, des justificatifs sont demandés, y compris des justificatifs qu'il faudrait aller chercher dans le pays d'origine. La précision n'ayant pas de limite, les revenus du demandeur sont évalués en valorisant l'hébergement, même en foyer d'accueil, et la nourriture, même si elle est donnée gratuitement par des proches. Dans les faits, celui qui ne dort pas dans la rue et mange deux fois par jour, se voit attribuer un revenu équivalent, voire supérieur, au seuil d'accès à la prestation. Pour faire bon poids, le projet de circulaire prévoit de supprimer la possibilité de remplir les démarches pour l'ouverture des droits à l'AME dans les hôpitaux, lieux d'accès aux soins les plus fréquents pour les populations concernées, et auprès des associations. Il prévoit également de supprimer le mécanisme d'admission immédiate même en cas de nécessité médicale, l'ouverture de droits pour des périodes limitées rendant nécessaire le renouvellement de démarches fastidieuses. Devant la réaction de nouveau unanime des associations, le projet de circulaire disparaît.

En février, le GISTI, la LDH et la FIDH font une « réclamation collective »⁴ contre l'introduction du ticket modérateur auprès du Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe, convaincus que ces nouvelles mesures violent la Charte sociale européenne⁵.

► Quand on a voulu limiter les soins à l'urgence vitale (décembre 2003)

C'est de nouveau la loi de finances rectificative qui est utilisée pour modifier le droit existant. Une ancienneté de séjour de 3 mois est rendue obligatoire avec renforcement des contrôles⁶. La procédure « d'admission immédiate » est supprimée⁷, parce que confondue à tort avec la question de l'ancienneté de présence en France. Il s'agissait, en effet, non pas d'un droit à l'AME rapidement après l'entrée en France, mais d'une possibilité d'instruction accélérée pour des résidents n'ayant pas formulé de demande au moment où des soins s'avèrent nécessaires. Utilisée en vue d'un accès rapide aux soins, cette procédure permettait de prévenir l'aggravation de l'état de santé et d'éviter le recours aux services d'urgence (procédure existant en matière de CMU). Est substituée une prise en charge financière *a posteriori* pour des personnes hospitalisées en urgence mais uniquement si l'état de santé s'est suffisamment détérioré au point de mettre en danger le pronostic vital⁸. De plus, cette prise en charge est limitée aux seuls soins déjà exécutés et ne prévoit rien pour assurer la continuité des soins. A la logique de prévention de l'urgence médicale, se substitue la fatalité de l'aggravation de l'état de santé. De quelle prise en charge pourra bénéficier la personne pour ses soins de suite une fois les soins d'urgence délivrés ?

Les associations protestent. Le conseil d'administration de la CNAM vote à l'unanimité en février 2004 un avis défavorable sur les deux projets de décrets que lui avait soumis le gouvernement, estimant que les « conditions d'accès particulièrement complexes » imposées par le gouvernement dans sa réforme compromettent « l'accès aux soins » des personnes

(4) Cette réclamation a été déposée conformément au Protocole additionnel à la Charte permettant aux ONG et syndicats habilités de faire reconnaître des violations de la Charte sociale par un Etat Partie à travers sa réglementation ou ses pratiques.

(5) L'article 13 de la Charte sociale européenne énonce que « toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale ».

(6) Dans les débats du début de l'année 2003, le contrôle renforcé était la contrepartie de la non-mise en place du ticket modérateur, ici les deux mesures sont combinées.

(7) Mesure que prévoyait le projet de circulaire de mai 2003.

(8) Art. L. 254-1 CASF.

concernées et contreviennent « aux exigences élémentaires de santé publique et de sécurité sanitaire, sans garantir au demeurant aucune efficacité économique ».

La condition d'ancienneté de trois mois et la suppression de la procédure d'admission immédiate sont mises en place mais le décret nécessaire à l'application du ticket modérateur n'est pas publié.

Fin 2004, les députés ne votent pas de nouvelles mesures restrictives, mais un rapport de la Commission des finances de l'Assemblée « estime très regrettable que le décret d'application de cette mesure [ticket modérateur] n'ait pas été pris depuis son adoption fin 2002. Il rappelle que cette mesure visait à une responsabilisation des bénéficiaires du dispositif »⁹.

En mars 2005, le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe rend publique sa décision de novembre 2004 dans laquelle il affirme que le gouvernement français ne saurait porter atteinte à la dignité humaine dont l'accès aux « soins de santé constitue un préalable essentiel » et doit accorder un droit à l'assistance médicale « à tous les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière »¹⁰.

Le 16 mars 2005, le gouvernement publie une circulaire qui précise les dispositions de la loi sur la prise en charge financière des soins urgents et vitaux. Contrairement aux déclarations du ministère de la Santé¹¹, cette circulaire ne résout pas le problème de l'accès aux soins puisqu'elle ne rétablit pas la procédure « d'admission immédiate » mais aménage la gestion financière de « l'urgence vitale ».

LA RÉALITÉ DES PROBLÈMES AUJOURD'HUI

Sur le terrain, les acteurs de première ligne sont les caisses primaires d'assurance maladie chargées pour le compte de l'Etat de recevoir, instruire et gérer les demandes d'AME. Si la marge de manœuvre des caisses est limitée par le droit, elle reste décisive en pratique du fait tant du pouvoir de contrôle et d'appréciation des documents produits par les demandeurs que par les choix d'organisation interne.

La réforme CMU de 1999 et son affichage sur la « présomption de droit » a ouvert les caisses à l'accueil de populations précaires au nom de la solidarité. Les populations sans papier restaient considérées comme légitimes dans leur demande de protection. Elles étaient hors de l'universel, mais protégées malgré tout. Paradoxalement, dans le même temps, le double système AME-CMU formait les caisses dans le souci omniprésent de la sélection au guichet et posait les bases des difficultés actuelles.

Le retournement de conjoncture politique de décembre 2002 et 2003 a vu débiter dans les caisses une période de dé-légitimation des bénéficiaires de l'AME qui non seulement devaient être placés dans un système à part mais devenaient désormais suspects d'en abuser.

(9) Rapport fait au nom de la Commission des finances (projet de loi de finances pour 2005), annexe 4 Emploi, travail et cohésion sociale, oct. 2004.

(10) Décision sur le bien-fondé de la réclamation collective 14/2003, consultable sur : <http://www.coe.int/>. V. également *infra*.

(11) Le Monde, 16 juin 2004 : Philippe Douste-Blazy veut rétablir l'AME, et Libération, 23 déc. 2004 : Pas de chance pour les étrangers, la circulaire sur l'AME a été égarée.

C'est à partir de 2004 que se sont manifestés le plus visiblement sur le terrain les effets conjugués du système de mise à l'écart augmenté d'un climat de suspicion. Aux inconvénients structurels de l'AME, s'est ajouté le durcissement jusqu'à l'absurde des pratiques de guichets.

Le défaut majeur du système reste d'abord l'incroyable complexité du droit et des procédures.

► La complexité du droit et des procédures

Pour distinguer au guichet entre AME et CMU, il faut identifier clairement où se situe la frontière entre séjour régulier et irrégulier. L'exercice est périlleux car les définitions sont multiples et les titres de séjour d'une grande variété. En droit, cohabitent trois définitions différentes. Celle concernant l'assuré sur critère socioprofessionnel est constituée d'une liste de titres de séjour comportant déjà 14 possibilités¹². Pour l'ayant droit majeur, la liste est différente et comporte 10 mentions¹³. Enfin, celle concernant la CMU de base (définie par circulaire)¹⁴ n'est pas constituée d'une liste de titres de séjour, mais d'une invitation à ouvrir des droits si l'intéressé justifie qu'il est en relation avec l'autorité préfectorale, y compris dans les phases de renouvellement de titre, convocations et rendez-vous. Cette définition extrêmement précieuse parce que tenant compte de la réalité des pratiques préfectorales, est plus difficile à mettre en œuvre du fait de la variabilité des documents délivrés dans chaque département. Pour ajouter à la complexité, l'agent qui reçoit un étranger doit donc identifier la liste applicable puis la croiser avec le paramètre nationalité, puisque ces définitions ne sont pas applicables à un Européen¹⁵. De plus, sur la base du droit communautaire, ces critères ne sont pas non plus opposables à l'ayant droit d'un Européen et ce, quelle que soit la nationalité de cet ayant droit. Une Allemande assurée en France pourra donc mettre sur sa carte Vitale son conjoint malien majeur en séjour irrégulier. Une Française se verra, elle, opposer l'obligation pour son conjoint de détenir un titre de séjour.

Mais il existe bien d'autres exceptions à l'obligation de séjour régulier¹⁶. La plus notable est celle qui concerne le système de maintien des droits acquis¹⁷. En effet, un assuré qui cesse de remplir les conditions ne perd pas du jour au lendemain son assurance, qui reste valable pendant quatre ans¹⁸. Cette disposition s'applique à l'assuré étranger qui devient brutalement en séjour irrégulier. Le système bascule alors dans une incroyable complexité. La personne se retrouve non assurée (car en séjour irrégulier), mais assurée au titre du maintien des droits. Cependant, si ses ressources sont inférieures au plafond, il perd son droit à la complémentaire CMU qui exige d'être en séjour régulier (mais devient éligible à l'aide médicale qui n'intervient alors que pour la part complémentaire, à titre de mutuelle). L'étranger se trouve ainsi titulaire simultanément de l'assurance maladie matérialisée au besoin par une carte Vitale et titulaire d'une attestation papier d'AME supposée emporter dispense d'avance des frais chez le médecin et le pharmacien. Mais ce n'est pas fini. A la demande du ministère¹⁹, ce maintien des droits n'est appliqué que pour une partie seulement des

(12) Art. D. 115-1 c. séc. soc.

(13) Art. D. 161-15 c. séc. soc.

(14) Circ. min. DSS/2A/DAS/DPM n° 2000-239 du 3 mai 2000.

(15) Au sens de l'Espace économique européen.

(16) V. GISTI, Guide de la protection sociale, 2002, La Découverte.

(17) Art. L. 161-8 c. séc. soc.

(18) Art. R. 161-3 c. séc. soc.

(19) Circ. min. préc.

assurés étrangers, les bénéficiaires de la CMU de base voyant de façon arbitraire ²⁰ leurs droits clos à la date de fin du titre de séjour.

Les durées d'ouverture de droit à l'assurance maladie (protection de base) sont donc différentes selon la nationalité et le motif d'ouverture du droit. Si l'on ajoute que les dates d'ouverture des droits à la complémentaire CMU et les durées (par tranches d'un an incompressible) sont discordantes avec les dates d'ouverture et les durées pour la base, il est possible de figurer le « casse-tête » que représente le passage d'un système vers l'autre. L'organisation interne des caisses devient dans ce cadre un enjeu important, le cloisonnement des services et parfois l'existence de guichet spécifique pour l'AME étant incompatibles avec l'architecture du système.

Le climat de suspicion jeté sur les demandeurs d'AME à l'occasion des réformes de 2002 et 2003 s'est institutionnalisé dans l'assurance maladie en 2004. Contre toute attente, alors que la CNAM se prononçait en début d'année contre les projets de décrets d'application des réformes (V. *supra*), une circulaire du 14 avril ²¹ venait en toute discrétion mettre un terme à l'un des principes du droit de l'aide sociale dit « principe déclaratif ». Selon la CNAM, les déclarations sur l'honneur ne sont désormais plus recevables de la part des demandeurs d'AME au mépris d'une norme de valeur supérieure ²², appliquée depuis 1954 et toujours en vigueur à l'heure où cet article est publié.

La réaction des associations n'y a rien fait ²³, le droit cédait la place à la présomption de fraude. Depuis, les refus d'enregistrement se sont multipliés et le nombre de bénéficiaires, avec toutes les limites qui existent sur la précision des données disponibles, a reculé dans les statistiques.

Effectifs de la CMU.C et de l'AME

Années	Bénéficiaires			
	CMU Complémentaire		AME	
	Nombre	Evolution en %	Nombre	Evolution en %
2000	5 000 000		73 337	
2001	4 693 454	- 6	125 376	+ 71
2002	4 503 572	- 4	145 394	+ 16
2003	4 650 271	+ 3	164 569	+ 13
2004	4 961 396	+ 7	146 000	- 11

Sources : IGAS, Ministère, Rapport Des Esgaulx

Dans ces conditions, les difficultés concrètes se manifestent dès l'enregistrement de la demande faute de justificatifs suffisants. La crispation va même jusqu'à exiger la preuve que

(20) Rien dans l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale ne permet de faire une telle distinction, source de contentieux en cas de refus par les CPAM.

(21) Lettre réseau LR-DRM-71/2004.

(22) Décr. n° 54-883 du 2 sept. 1954 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 nov. 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance.

(23) Lettre ouverte de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers à la CNAM du 20 juill. et confirmation de sa position par la CNAM du 2 nov. ; il semble qu'aucun recours en annulation de la circulaire ne soit pendante à ce jour.

l'étranger est véritablement en séjour irrégulier : « afin de me permettre de procéder au traitement de votre dossier, veuillez me fournir la copie du refus préfecture »²⁴. Le rejet d'AME peut être justifié parfois par le fait que l'étranger pourrait un jour obtenir un titre de séjour : « [la CPAM] ne peut donner une suite favorable à la demande d'AME. En effet la situation relève d'une autorisation de séjour pour soins à solliciter auprès de la préfecture »²⁵.

Enfin, le manque de transparence et la disparition de la procédure d'admission immédiate conduisent à des délais de traitement déraisonnables en matière de santé. Jusqu'à quatre mois en Seine-Saint-Denis (16 % des AME en France). A l'inverse, la CPAM de Paris (40 % des AME en France) instruit immédiatement la demande quand le dossier est complet. Pourtant, l'agent ne remet pas l'attestation en main propre. Il la fait envoyer par courrier « au cas où l'adresse indiquée par l'étranger serait fautive ». L'absence d'attestation de dépôt d'une demande²⁶, ou les relances pour pièces complémentaires, sont un véritable casse-tête pour les demandeurs et leurs soignants qui ne peuvent programmer aucun soin. Les dossiers perdus ou incomplets génèrent, chez ces populations très démunies ne maîtrisant ni la langue ni la culture administrative, des abandons par découragement ou faute d'adresse postale fiable.

Parfois, une circulaire locale vient édicter un nouvel obstacle arbitraire puis est retirée si se manifestent des réactions d'usagers²⁷.

Mais c'est la crispation sur le délai de présence en France de trois mois qui a généré le plus de difficultés, notamment pour tous les renouvellements (V. encadré « les limites des recours contentieux en aide sociale »).

Une fois le droit ouvert, l'accès aux soins n'est pas assuré pour autant. Privés de carte Vitale, les bénéficiaires d'AME sont souvent en échec dans l'accès à la médecine et pharmacie de ville. Du fait de la généralisation des transactions électroniques, la présentation d'une attestation papier devient aujourd'hui une anomalie pour un professionnel de santé et peut se traduire par un refus de soins. Rares sont les pharmacies, les généralistes qui accepteront un mode de paiement compliqué, sans garantie sur l'effectivité ni sur le délai de règlement. Les accès au secteur II et aux dentistes ne sont à ce jour jamais possibles.

Les limites des recours contentieux en aide sociale

M. O est un Guinéen de 30 ans, entré en France en 2001, mais dont la demande d'asile est définitivement rejetée en juillet 2003. Il est sans travail, très précarisé et survit dans un squat aux portes de Paris avec l'aide alimentaire de compatriotes. En 2003, il est reconnu « résident en France » par la CPAM de Paris qui l'admet à l'AME de novembre 2003 à novembre 2004. Sur les conseils de son médecin, il demande en septembre 2004 le renouvellement avant l'expiration de son droit. Le bureau d'accueil de la caisse lui refuse oralement par deux fois. Après intervention téléphonique d'une association et une troisième visite au guichet de la CPAM, il obtient un refus écrit : « n'apporte pas la preuve de sa présence en France au cours des trois derniers

(24) CPAM 93, nov. 2004. En mai 2003, un sans-papier écrivait déjà à la préfecture du 93 « le centre de sécurité sociale a refusé de me délivrer une aide médicale sur la base que rien ne leur prouve que je suis en France en situation irrégulière. C'est la raison pour laquelle je vous demande de m'envoyer par la poste ... tous les documents me concernant... ».

(25) CPAM du Val-de-Marne, 18 août 2004.

(26) Sauf certains départements.

(27) Le 27 juillet 2004, la CPAM de Paris décide par la circulaire F24 que l'accès à l'AME n'est plus autorisée pour les personnes en maintien des droits. Il faudra 6 mois pour que la CPAM annule cette disposition illégale, sans fournir d'explication et sans compensation aucune pour les personnes exclues des soins arbitrairement.

mois ». En effet, il présente de nombreuses preuves au cours de l'année, mais il n'a consulté le médecin qu'en août et octobre. Contactée au téléphone, la caisse maintient que l'étranger a pu s'absenter du territoire en septembre... : il manque donc une preuve pour renouveler le droit.

La procédure de référé devant la Commission départementale d'aide sociale (CDAS) n'est pas prévue par les textes. Il faut attendre une décision du 6 mai 2005 pour que la CDAS contraigne la CPAM à ouvrir les droits de novembre 2004 à novembre 2005.

Le coût de ce recours se chiffre en plusieurs dizaines d'heures de travail pour les travailleurs sociaux, incluant le conseil de l'étranger, les appels téléphoniques vers la caisse, les accompagnements aux guichets, la rédaction d'une requête contentieuse, les lettres recommandées... sans compter l'activité de la CDAS elle-même.

► Derrière les affichages : ce que l'on est prêt à sacrifier

Ce qu'il faut remarquer, si l'on prend un peu de recul, c'est que toutes les décisions prises l'ont été dans l'absence presque totale de connaissances sur ce que sont, dans la réalité, les bénéficiaires de l'AME. La nouvelle AME est mise en place début 2000. Il faut attendre février 2003 pour qu'un premier rapport IGAS se penche – de manière peu rigoureuse – sur la question²⁸. Une enquête sur les bénéficiaires de l'AME doit être lancée fin 2005 par la DREES, avec résultats pour 2006. Six ans après la mise en place de la mesure, après plusieurs réformes rendant toujours plus difficile l'accès aux soins, on commencera peut-être à avoir des informations sur la réalité que l'on prétend prendre en charge.

Les restrictions ont été explicitement justifiées par des raisons d'économie et implicitement mises au service de la politique de contrôle des flux migratoires. Dans ces deux cas, les objectifs affichés sont discutables et ne seront de toute façon pas atteints. Mais au-delà des affichages, la poursuite des politiques de restriction à l'accès aux soins pour les étrangers sans papiers sont lourdes de renoncements.

Les objectifs affichés

L'objectif le plus explicitement affiché est celui de faire des économies. Les dépenses « explosent », il faut « mettre un terme à la fraude généralisée actuellement constatée »²⁹.

Or ce discours ne repose sur rien de solide. En effet, les connaissances sont très lacunaires. Le nombre de bénéficiaires n'est pas précisément connu. Il tournerait autour de 150 000. Ils sont fortement concentrés en Ile-de-France (70 % des bénéficiaires). Si la diminution du nombre de bénéficiaires est liée aux refus d'enregistrement (V. *supra*), les rapports officiels reconnaissent eux-mêmes qu'ils ont du mal à interpréter l'ampleur des variations constatées. Il s'agit d'une population plutôt jeune. Le niveau des dépenses n'est pas non plus précisément connu. Cette imprécision vient à la fois des délais de présentation des factures hospitalières et d'une sous-dotation au départ de la mesure. Ces deux éléments se combinent pour faire que la dépense budgétaire d'une année donnée n'est reliée à la dépense réelle de l'année que de façon assez floue. Cette dépense est aujourd'hui évaluée à 500 millions d'euros³⁰. Sans connaissance précise ni de la valeur du numérateur (les dépenses) ni de

(28) Rapport IGAS n° 2003-022 présenté par B. Guillemot et F. Mercereau en février 2003.

(29) F. Fillon, ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, à l'Assemblée nationale le 28 oct. 2003.

(30) A comparer aux 116 milliards d'euros de dépenses de la seule Caisse nationale d'assurance maladie et aux 14 milliards de déficit.

celle du dénominateur (le nombre des bénéficiaires), les pouvoirs publics ont fait circuler un chiffre de la dépense moyenne et surtout l'idée que cette dépense moyenne d'un bénéficiaire de l'AME était très supérieure (3 fois !) à celle d'un bénéficiaire du régime général du même âge : autant de constats qui posent plusieurs types de problèmes.

Le premier problème, c'est qu'une dépense moyenne en assurance maladie n'a guère de sens. Les dépenses d'assurance maladie sont très fortement concentrées sur une toute petite partie de la population. En population générale, une année donnée, les 5 % des personnes les plus malades sont à l'origine de plus de la moitié des dépenses. Les travaux de comparaison entre consommation des bénéficiaires de la CMU et assuré social ordinaire ont montré que la différence de dépense était totalement imputable aux 20 % des bénéficiaires de la CMU les plus malades et que pour 80 % des bénéficiaires de la CMU, leur consommation était égale, voire légèrement inférieure, à celle des autres assurés sociaux. Afficher une dépense moyenne sans rien dire de sa répartition, c'est se préparer à toutes les erreurs d'interprétation. De plus, cette question de la concentration des dépenses est évidemment centrale pour valider, ou non, les discours sur les fraudes. Les personnes dont les dépenses sont très importantes n'ont pas d'autonomie par rapport à des dépenses qui sont totalement déterminées dans leur cas par les acteurs du système de soins eux-mêmes. La forte concentration des dépenses réduit donc considérablement la portée pratique du discours sur la fraude et les abus³¹. Le rapport IGAS de février 2003 reconnaît qu'il n'y a aucune information sur la répartition de la dépense entre bénéficiaires de l'AME. On calcule une dépense moyenne sur des bases discutables et on n'a aucun moyen de rendre compte de la concentration plus ou moins forte de la dépense.

Le second problème, c'est qu'une dépense en assurance maladie n'a aucun sens si elle n'est pas rapportée à un état de santé. On peut ici penser que la difficulté d'accéder aux soins et la crainte pour des personnes en situation irrégulière de se faire repérer en entamant des démarches pour accéder aux soins font que les personnes qui accèdent à l'AME le font à la suite de problèmes de santé sérieux et que leur état de santé moyen est donc plus mauvais que l'état de santé moyen de la population. On peut le penser, mais comme le reconnaît le même rapport IGAS, on n'en sait rien.

Afficher un chiffre de dépenses moyennes sur des bases peu fiables, sans être capable de rien dire sur sa répartition dans la population concernée et sans rien pouvoir dire des besoins de soins de la même population n'a, on vient de le voir, que très peu de sens. C'est pourtant sur cette base qu'ont été tenus les discours visant à justifier les restrictions d'accès à l'AME.

Le lien entre ces restrictions à l'accès et l'objectif d'économie est lui aussi très problématique. On sait, par les études sur la population générale, que plus une catégorie sociale est modeste, plus elle est précaire, et plus son recours aux soins est tardif, moins orienté vers la prévention et la médecine spécialisée de ville, plus orientée vers l'hôpital, et qu'au final ce recours aux soins plus tardifs et plus hospitaliers conduit à une dépense plus élevée (hospitalisation au lieu de traitements ambulatoires, plus longues durées d'hospitalisation, traitements plus importants). On ne dispose, on vient de le voir, d'aucune étude de ce type pour la population des bénéficiaires de l'AME. Mais ce que l'on sait de ses caractéristiques, et de sa consommation de soins déjà très majoritairement hospitalière, permet de l'assimiler aux autres populations défavorisées. On le sait pour ces populations, un accès plus difficile, c'est un accès plus tardif, et donc plus coûteux au final.

(31) Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a ni fraudes ni abus, mais que leur impact financier est plus limité qu'on ne veut le faire croire.

L'idée que la restriction à l'accès aux soins serait un facteur d'économie est une idée qui ne résiste guère à un examen sérieux.

Ce que l'on sacrifie

Le second objectif, moins explicite mais tout aussi présent, est de mettre la politique d'accès aux soins des sans-papiers sous la dépendance des politiques migratoires. On a déjà évoqué le fantasme de « l'appel d'air ». Permettre aux sans papiers d'accéder aux soins conduirait à renforcer les flux migratoires clandestins. Mettre le doigt, ou aujourd'hui le bras, dans ce type de démarche est lourd de menaces.

On vient de le voir, entraver l'accès à la prévention et aux soins précoces est générateur de surcoûts importants, financiers mais aussi humains, puisqu'il faut supporter l'aggravation de la pathologie et la douleur.

Il faut ajouter ici qu'améliorer et faciliter la prise en charge sanitaire des plus précaires est une nécessité de santé publique. Que se passerait-il en effet si une épidémie ou une pathologie de type SRAS se répandait et que les plus précaires ne puissent avoir accès aux structures de dépistage, de prévention et de prise en charge sanitaire ? La France tente de renouer avec une politique qui redonnerait sa place à la santé publique. Que serait une politique de santé publique qui laisserait hors du soin les populations les plus fragiles ?

De très nombreuses études ³² établissent que les inégalités de santé reflètent avant tout des inégalités sociales (avec au final des différences d'espérance de vie de 9 ans entre catégories sociales). La santé est un des paramètres d'exclusion, jouant à la fois comme facteur et comme conséquence de l'exclusion. Faciliter et simplifier l'accès aux soins des plus précaires, c'est contribuer à atténuer ces inégalités sociales et à résorber la « fracture sociale ». Ce n'est sans doute pas sans fondement que la loi de lutte contre les exclusions ³³ rappelle, dans son article 1^{er}, « l'égalité dignité de tous les êtres humains » et garantit « l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines ... de la protection de la santé... ». Mais qu'est ce qu'une politique de lutte contre l'exclusion qui refuse l'accès aux soins pour la partie la plus fragile de la population ?

Au cœur de ces débats, c'est finalement la question de la dimension universelle ou pas du droit à la santé et de la prise en charge santé qui est posée. Est-ce que la possibilité de se faire soigner doit être accordée à tous les individus, abstraction faite du milieu où ce droit s'exerce, abstraction faite de leur nationalité, de leur condition, de leur situation administrative ? Ou est-ce que le droit à la santé n'est pas si fondamental que ça, qu'il se situerait au seuil de la hiérarchie des droits de l'homme, qu'il est moins important que le droit à la vie ou au respect d'une vie familiale normale, et qu'une société peut décider de l'attribuer à tel ou tel, selon ses propres critères ? La législation française penche pour cette seconde lecture. En revanche, le Conseil de l'Europe, à travers le Comité européen des droits sociaux,

(32) Notamment Haut Conseil de Santé Publique, Inserm, Irdes, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Doc. fr. 1998 ; La Santé en France 2002, Doc. fr. 2002 ; A. Mesrine, Les différences de mortalité par milieu social restent fortes, Données sociales INSEE, 1999 ; P. Breuil-Genier, N. Grandfils, D. Raynaud, Revenus, assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis, Les Cahiers du Gratic, 1999 ; A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang, Les inégalités sociales de santé, La Découverte, 2000 ; A. Mesrine, La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage, Econ. et statist. 2000 ; A. Couffinhal, P. Dourgnon, P.-Y. Geoffard, M. Grignon, F. Jusot, F. Naudin, Rôle de la couverture maladie dans l'insertion sur le marché du travail, IRDES, 2002 ; S. Revet, I. Parizot, P. Chauvin, Santé et recours aux soins des populations vulnérables, INSERM, 2005.

(33) L. n° 98-657 du 29 juill. 1998.

est du premier avis. Ce comité d'experts indépendants, chargé de veiller au respect de la Charte sociale européenne, avait été saisi en 2003 par des associations à propos des réformes successives du dispositif de l'AME³⁴. Il vient de rappeler que le droit à une assistance sociale et médicale doit bénéficier à tous les individus, y compris les étrangers en situation irrégulière. Au-delà de la lettre de la Charte sociale européenne et des lectures littérales qui pourraient en être faites, en vertu de « l'essence » et « l'objectif général de la Charte », l'accès aux soins de santé est un préalable essentiel à la dignité humaine, dignité qui, faut-il le rappeler, doit être accordée à tous les êtres humains. Ce droit à l'assistance sociale et médicale est attaché à la personne humaine et ne saurait souffrir de confusion avec des préoccupations financières ou de politiques migratoires.

Reste à voir quelles suites concrètes le gouvernement donnera à cette décision du Conseil de l'Europe.

En cantonnant les personnes en situation irrégulière dans un dispositif spécifique on a maintenu une dualité du système d'assurance maladie en France. Est ainsi vidé de son sens le principe d'universalité qu'entendait mettre en place la CMU : tôt ou tard, il faudra sortir de cette dualité pour construire un système d'assurance maladie réellement universel.

(34) V. *supra*.