

Paris, le 9 octobre 2019

Avis du Défenseur des droits n°19-12

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958;

Vu la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Auditionné par la Rapporteuse pour avis de la mission Santé du Projet de loi de finances pour 2020,
émet l'avis ci-joint.

Jacques TOUBON

La rapporteure pour avis de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a choisi de traiter le sujet de l'aide médicale d'Etat (AME) dans son rapport sur la mission « Santé » du Projet de loi de finances pour 2020. Dans ce cadre, elle a souhaité auditionner le Défenseur des droits.

En effet, il y a plus de trois ans, le Défenseur des droits a publié un rapport sur les droits fondamentaux des étrangers en France dans lequel il évoquait déjà la situation des personnes malades étrangères, très préoccupante.

Depuis, se sont succédées :

- Deux réformes législatives en matière d'immigration et d'asile en 2016 et 2018 ;
- Une réforme législative de la protection maladie en 2015 (PUMa) ;
- Une très forte augmentation des réclamations reçues par le Défenseur des droits sur l'ensemble de ces sujets et une très grande inquiétude de ses interlocuteurs de terrain ;
- Et une reprise en main du ministère de l'Intérieur sur un sujet lié à la santé : les personnes sont vues comme étrangères avant d'être vues comme des personnes malades.

En mai 2019, le Défenseur des droits a publié un rapport dédié aux personnes malades étrangères (« Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer ») dans lequel il est question notamment de l'AME.

1. Un dispositif spécifique supportant des pratiques illégales et des refus de soins discriminatoires

L'AME est une prestation d'aide sociale et non de sécurité sociale qui :

- **Ne confère pas les mêmes droits :**
 - Pas de numéro définitif de sécurité sociale ;
 - Pas de carte vitale ;
 - Panier de soins diminué de 6 prestations (dont par exemple l'accès des enfants aux IME).
- **Favorise les refus de soins directs ou indirects :**
 - Exclusion explicite ou conditions particulières, dépassements d'honoraires ;
 - Refus liés aux stéréotypes qui s'attachent à cette patientèle ;
 - Refus liés au surcoût administratif voire financier pour les professionnels de santé : impossibilité de recourir à la télétransmission / formulaires administratifs à remplir / délais de remboursement par la caisse accrues.

Les refus de soins fondés sur le type de protection sociale sont pourtant expressément prohibés par l'article L.1110-3 du code de la santé publique.

Ces spécificités conduisent également à des **renoncements aux soins** et à une détérioration de l'état de santé d'autant plus que son accès est très contrôlé, parfois de manière excessive.

Pour mémoire, 3 conditions sont à vérifier pour l'ouverture à l'AME : ne pas pouvoir bénéficier de l'assurance maladie en raison de la situation irrégulière du séjour, justifier de son identité, de sa résidence habituelle en France depuis au moins trois mois et d'un niveau de ressources inférieur à un plafond CMU-C (750 euros par mois).

Le principe déclaratif pour justifier de ces conditions a été supprimé par un décret de 2005 qui a fixé la liste des pièces susceptibles d'être requises.

Le Défenseur des droits est saisi de nombreuses réclamations de personnes, aidées par des travailleurs sociaux, qui ne parviennent pas à bénéficier de l'AME alors qu'ils remplissent l'ensemble des conditions.

Ces difficultés peuvent exister dès le **contrôle de l'identité** du demandeur alors que les caisses sont invitées à faire preuve d'une certaine souplesse et rechercher si tout autre document produit pourrait effectivement en attester (documents de ministères, permis de conduire, carte d'étudiant).

Mais c'est au niveau du **contrôle de la condition d'antériorité de résidence** de plus trois mois sur le territoire français que les divergences d'application entre les caisses sont les plus nombreuses et que les prescriptions du décret et de la circulaire de 2005 ne sont pas respectées.

Enfin, certaines caisses exigent des documents aux fins de vérifier **l'irrégularité du séjour du demandeur**, certaines caisses exigeant même du demandeur qu'il produise une décision portant obligation du territoire français (OQTF). Ces demandes sont illégales. En effet, si l'AME est réservée aux étrangers en situation irrégulière, c'est parce qu'elle intervient à titre subsidiaire, pour les personnes qui ne peuvent prétendre à une prise en charge de leur frais de santé par l'assurance maladie. Les caisses doivent donc faire une appréciation globale de la situation de la personne pour vérifier si elle satisfait ou non aux conditions pour bénéficier de l'assurance maladie et, lorsque ce n'est pas le cas, de vérifier si elle peut prétendre à l'AME. En aucun cas un refus d'AME ne saurait être opposé au seul motif que la personne ne fournit pas de preuve de son séjour irrégulier.

C'est pourquoi le Défenseur des droits a recommandé à deux reprises à la CNAM de rappeler à l'ensemble des caisses les termes du décret du 28 juillet 2005 ainsi que la portée des préconisations des circulaires des 27 septembre 2005 et 8 septembre 2011 relatives aux pièces susceptibles d'être produites au titre de justificatif des conditions d'admission à l'AME.

Pour toutes ces raisons, le Défenseur des droits a recommandé à plusieurs reprises la fusion entre l'AME et l'assurance maladie. On ne peut en effet que regretter la décision du législateur de maintenir un dispositif spécifique pour les

seuls étrangers en situation irrégulière, au moment-même de la réforme de 2015 sur la protection maladie universelle.

2. L'AME, une couverture maladie à ne pas restreindre

Le Défenseur des droits regrette le déficit de statistiques publiques concernant les bénéficiaires de l'AME (nationalité, pathologies, non recours). Cette absence de données permet tous les fantasmes, empêche de réfléchir sereinement.

Les **données officielles disponibles** (PLF 2018, Bleu, programme 183) attestent que :

- 41% des bénéficiaires ont moins de 30 ans et 57% sont des hommes ;
- 66% des dépenses sont hospitalières.

Le rapport d'information sur l'AME de Claude Goasgen du 3 novembre 2015 évoquait en principaux motifs de soins : les accouchements, la tuberculose et le VIH.

Pour affiner ces données, les centres de soins de **Médecins du monde** nous apprennent sur les personnes suivies que :

- Les taux de vaccination sont faibles ;
- 56% souffrent de maladies chroniques (diabète, hépatites, hypertension) ;
- 83% nécessitent un suivi et / ou un traitement ;
- Les infections respiratoires, la gale et les épisodes épidémiques (rougeole, varicelle, grippe) sont prépondérants ;
- 40% nécessitent des soins urgents ou assez urgents.

L'enjeu de santé publique est considérable au vu des pathologies contagieuses ou transmissibles que représentent les principaux motifs de soins. **Permettre aux plus démunis de se faire soigner (et pour cela de disposer d'une protection maladie), c'est aussi éviter que toutes les personnes résidant en France - Français et étrangers - engagent eux-mêmes des frais de santé.**

D'un point de vue strictement financier, restreindre l'AME revient à freiner l'accès à la médecine de ville, à retarder la prise en charge et à ce que l'état de santé se dégrade et repose davantage sur une prise en charge hospitalière, particulièrement sur les urgences et des PASS, déjà saturées (conséquences négatives pour notre système de santé par un report des coûts – plus lourds – des dépenses AME (Etat) aux finances hospitalières).

D'après ces données, il paraît évident que pour réaliser des économies en matière de santé – notamment sur le budget des hôpitaux – il faut non pas réduire l'AME mais au contraire la renforcer, renforcer le dispositif de protection maladie à l'égard de tous.

3. Le coût de l'AME et la fraude dont elle serait l'objet

a. Le coût de l'AME

L'AME concerne environ 311 000 personnes (baisse en 2018 par rapport à 2017 de - 0,6%). A titre de comparaison l'assurance maladie compte 62 millions de bénéficiaires, parmi lesquels 5,6 millions bénéficient de la CMU-Complémentaire, c'est-à-dire ont des ressources identiques aux bénéficiaires de l'AME (au plus 750 euros par mois).

Cela correspond à une dépense maladie par bénéficiaire de l'assurance maladie de 3 232 euros par an, contre 3 003 euros par an pour un bénéficiaire de l'AME.

Le coût total est de 923 millions d'euros, soit 0,48% du budget de l'assurance maladie (financé sur le budget de l'Etat et non de la sécurité sociale – proportion stable en 2018)¹.

Lorsqu'il est affirmé que le budget de l'AME explose, deux éléments importants sont à garder en mémoire :

- Chaque année, le montant de l'AME est « sous-budgétisé » au regard des besoins et, du coup, chaque année, ce budget n'est pas respecté, ce qui donne l'impression qu'il explose de manière incontrôlée. Cela alimente l'idée d'abus, de nécessité de maîtriser les dépenses, de réformer l'AME.
- Le coût de l'AME augmente aussi en raison de l'évolution du coût hospitalier lui-même.

b. La fraude, les filières et l'effet attractif du dispositif

L'AME est une prestation très contrôlée : rapports IGAS/IGF fréquents, rapport de Claude Goasgen de 2015 avec un suivi en 2017, discutée chaque année en projet de loi de finances.

La CNAM présente régulièrement des bilans de lutte contre la fraude. Il en résulte que le nombre de fraudes à l'AME est extrêmement faible : 54 cas identifiés en 2014, 38 cas en 2018.

Le bilan du 1^{er} octobre 2019 de la CNAM sur les fraudes détectées en 2018 indique que le taux global de fraudes s'élève à 261,8 millions d'euros sur 140 milliards à 180 milliards d'euros de dépense, ce qui représente un taux de fraude allant de 0,15 à 0,2%.

Les fraudes détectées à l'AME, à l'obtention induue de droits, s'élèvent quant à elle à 540 000 euros sur un total de dépenses d'AME de 900 millions d'euros environ, soit un **taux de fraude à l'AME de 0.06 %**. Le taux de fraude à la CMU-C est quant à lui de l'ordre de 0,3 %.

¹ Source : PLF 2018, mission Santé

Ces chiffres, émanant de la CNAM, mettent à mal les discours sur les abus. Aucune donnée n'objective l'existence de telles filières de soins. Et si des fraudes existent, comme dans tout dispositif de protection sociale, en aucun cas, elles ne pourraient permettre d'amoinrir les droits, de manière globale, particulièrement à l'égard d'une population vulnérable et sujette aux renoncement aux soins.

A cet égard, **quelques chiffres infléchissent l'idée selon laquelle le dispositif AME serait une cause de migration :**

- 50% arrivent dans les centres de soins dédiés avec un **retard de soins** ;
- Le **non recours à l'AME** est très important : les centres de santé associatifs estiment à 88% le taux de non recours c'est-à-dire de personnes qui auraient droit à l'AME et qui n'en bénéficient pas. Le Défenseur des droits (rapport 2014 sur refus de soins) regrette qu'il n'existe pas - à l'instar de ce qui est prévu pour la CMU-C – de dispositif de suivi et de données publiques relatives à l'AME.

Plus généralement, **le Défenseur des droits regrette le lien établi entre l'accès aux soins et la maîtrise des flux migratoires**, confortant l'idée fautive selon laquelle la « *générosité* » d'un dispositif tel que l'AME conduirait à renforcer les flux migratoires illégaux en créant un « *appel d'air* » alors que plusieurs études montrent que le besoin de soins est une cause d'immigration tout à fait marginale.

Selon une enquête menée par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, seules 6% des personnes concernées citent la santé comme l'un des motifs de migration. Dans son rapport d'activité de 2017, le Comede (Comité Médical pour les Exilés), qui assure la prise en charge médico-psycho- sociale de plus de 6000 patients par an, indique que la plupart des personnes reçues découvrent leur pathologie après leur arrivée en France. C'est particulièrement le cas des demandeurs d'asile qui, dans 77% des cas, découvrent une pathologie à l'occasion d'un bilan de santé effectué après l'entrée en France.

4. Les fausses bonnes idées en matière d'économies

a. Réduction du panier de soins

C'est un débat cyclique, alimenté par l'idée qu'une telle réduction serait source d'économie puisque des étrangers en situation irrégulière abuseraient de certaines prestations.

Pour mémoire, le panier de soins AME est réduit de 6 prestations par rapport à celui d'un assuré social.

Les prestations non prises en charge par l'AME sont :

1. la procréation médicalement assistée (PMA) ;
2. les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible
3. les cures thermales ;

4. les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés
5. les frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des ESAT ;
6. les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants.

Certains évoquent une restriction dans la prise en charge :

Des soins psychiatriques : c'est extrêmement grave, tant au regard de la vision que cela donne de la psychiatrie (de tels soins seraient-ils des soins de confort ou peuvent-ils au contraire s'avérer vitaux ?) qu'au vu des potentielles conséquences : toute diminution de l'offre psychiatrique conduit – pour les étrangers comme pour les français – à une hausse des comportements à risque, sur soi ou sur les autres. L'explosion des troubles psychiatriques dans les campements et les faits divers récents comme la tuerie de Villeurbanne devraient amener peser différemment.

Des opérations de confort émanant d'étrangers « de l'Est » (Géorgie, Ukraine, Albanie) comme les prothèses mammaires. Il s'agit d'un affichage politique extrêmement malsain. Il y a quelques années, le même discours existait pour les cures thermales, on les a retirées du panier de soins, sans que le budget de l'AME ait été impacté. Les conditions pour que les implants mammaires soient pris en charge par l'assurance maladie sont très strictes et recouvrent quasi exclusivement les opérations de reconstruction après cancer du sein. Est-ce vraiment sur ces soins que nous tenons à faire des économies ?

Des prises en charges « immédiates » comme des dialyses et des greffes de rein (propos de la société de transplantation rapportés dans un article de La Croix). Or, le caractère « immédiat » de la prise en charge est incompatible avec la prise en charge par l'AME puisque celle-ci est soumise à une condition de résidence de 3 mois en France (condition vérifiée très strictement par les caisses). Cette crainte relève donc plus du fantasme ou du cas marginal que d'une pratique massive au sujet de laquelle il faudrait légiférer. Particulièrement quand on connaît la pénurie d'organes disponibles.

Plus généralement, sur les visas touristiques qui seraient la nouvelle porte entrée pour bénéficier de soins gratuits :

- une personne sous visa touristique ne peut bénéficier ni de l'AME (condition de plus 3 mois en France) ni même des soins urgents et vitaux puisqu'elle est considérée comme étant de passage et non résidente en France. Elle devra donc régler ses frais de santé elle-même ;
- si elle se maintient sur le territoire, elle pourra ensuite en effet bénéficier de l'AME mais on ne sera donc plus du tout sur le cas d'une personne qui a besoin de soins immédiats à son arrivée ;
- il ne faudrait, en outre, pas oublier que les visas de court séjour sont subordonnés à des conditions drastiques de ressources, de garanties de retour et d'assurance médicale qui ne collent pas avec le profil de « sans papier » qui chercherait à se faire soigner de toute urgence.

- enfin, pour bénéficier de l'AME il faut aussi disposer de très faibles ressources, ce qui n'est pas le cas de beaucoup de sans papier qui travaillent, paient des impôts et sont eux complètement privés de couverture médicale (aucune chance d'en obtenir une privée vue leur statut administratif). Eux auront seulement accès à la prise en charge des soins urgents et vitaux – c'est-à-dire inopinés -, ce qui exclut tous soins liés aux maladies chroniques.

b. Droit de timbre pour l'accès au dispositif AME

Entre 2011 (LF pour 2011) et 2012, le bénéfice de l'AME avait déjà été soumis à un droit de timbre de 30€.

Toute barrière financière pour l'accès à une protection maladie opposée aux personnes démunies conduit à des renoncements aux soins portant atteinte au droit fondamental à la protection de la santé. La mise en place d'une telle franchise a eu en outre pour effet d'allonger le délai moyen d'instruction des demandes d'AME et de retarder encore l'accès aux soins.

C'est d'ailleurs pour ces raisons que ce dispositif a été supprimé en 2012, par la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

c. Ticket modérateur à régler pour consultations et médicaments

Cette piste semble sérieusement envisagée au motif que « tout le monde paie ce ticket modérateur » (partie non prise en charge par l'assurance maladie et à la charge du patient) et que « cela éviterait de traiter mieux les étrangers sans papier ».

Cet argument doit être réfuté : les personnes françaises ou étrangères en situation régulière ayant des ressources inférieures à 750 euros par mois bénéficient de la CMU-C et sont exonérées du ticket modérateur. A ressources égales (sous le seuil de pauvreté), ces personnes sont traitées à égalité.

Ce ticket modérateur impliquerait en outre une avance des frais et donc une augmentation du renoncement aux soins et des frais de gestion supplémentaires pour les caisses.

*

En conclusion, le Défenseur des droits considère qu'il serait plus opportun de lever les obstacles à l'effectivité du versement de l'AME pour ceux qui y sont éligibles que de chercher à la restreindre sans justification.