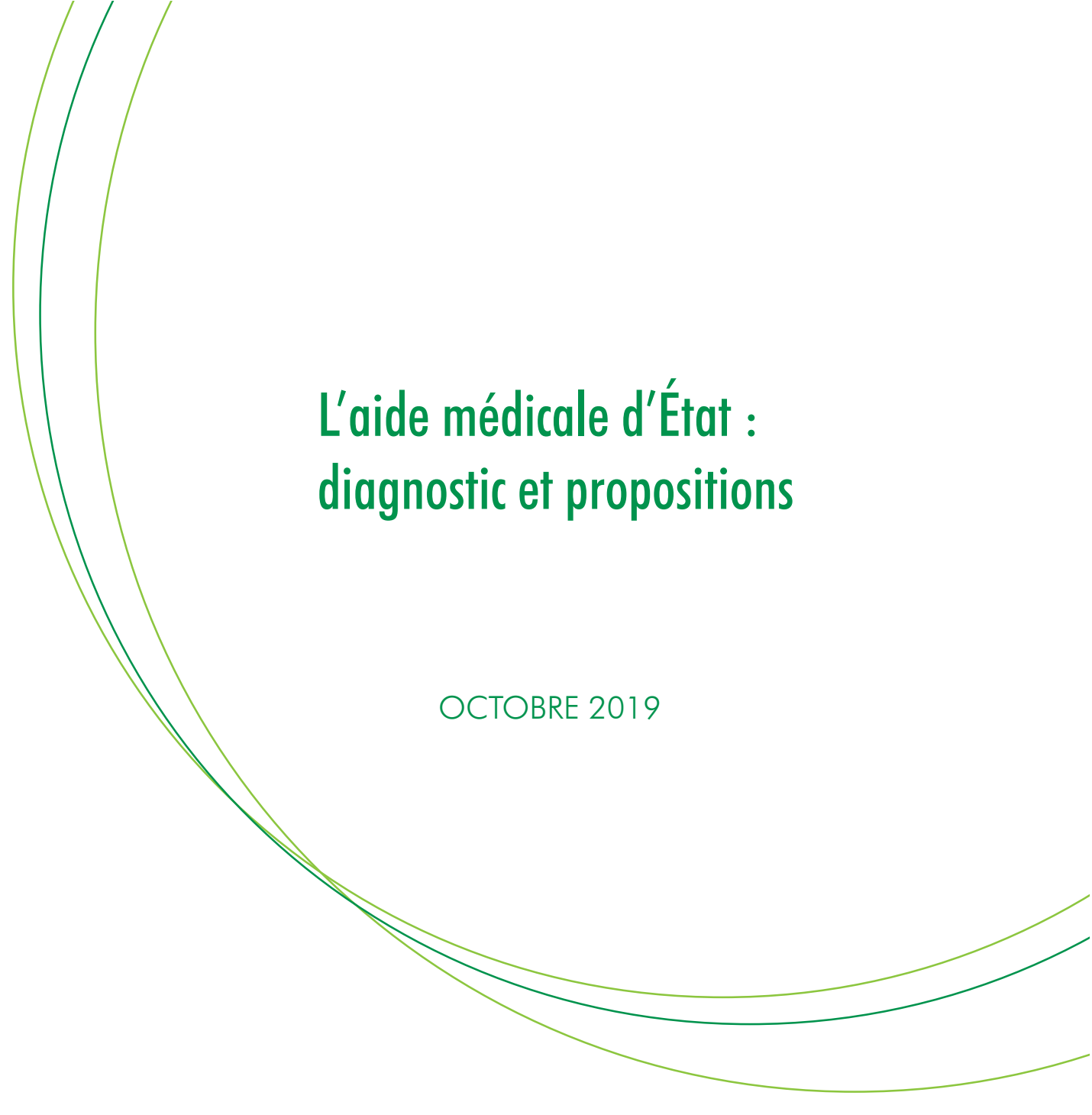




L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions

OCTOBRE 2019

Jean-Yves **LATOURNERIE**
Jérôme **SAULIÈRE**
Christophe **HEMOUS**

Fabienne **BARTOLI**
Francis **FELLINGER**
Jean-Louis **REY**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Inspection générale des finances

N° 2019-M-039-04

Inspection générale des affaires sociales

N° 2019-060R

RAPPORT

L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT : DIAGNOSTIC ET PROPOSITIONS

Établi par

JÉRÔME SAULIÈRE
Inspecteur des finances

CHRISTOPHE HEMOUS
Inspecteur des finances

Sous la supervision de
JEAN-YVES LATOURNERIE
Inspecteur général des finances

FABIENNE BARTOLI
Inspectrice générale des affaires sociales

JEAN-LOUIS REY
Inspecteur général des affaires sociales

D^r FRANCIS FELLINGER
Conseiller général des établissements de santé,
membre de l'Inspection générale
des affaires sociales

- OCTOBRE 2019 -

SYNTHÈSE

Conformément à la lettre de mission du 19 juin 2019, ce rapport a pour objet d'évaluer les dispositifs de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents et vitaux afin d'envisager une possible évolution de ces deux dispositifs, ayant notamment pour perspectives la maîtrise de la dépense publique et une plus grande convergence européenne des pratiques. Il a été établi par MM. Jean-Yves Latournerie, Jérôme Saulière et Christophe Hemous pour l'IGF, et par M^{me} Fabienne Bartoli, M. Jean-Louis Rey et le D^r Francis Fellingier pour l'IGAS. Il se fonde sur un travail d'analyse de données et de revue des processus conduite dans quatre départements parmi les plus concernés (Paris, Seine-Saint-Denis, Bouches-du-Rhône, Rhône) et sur des entretiens avec plus de 130 personnes. La mission n'a pu conduire d'investigations spécifiques sur la Guyane. Les dispositifs de l'AME et des soins urgents ne sont pas applicables à Mayotte.

Le dispositif de l'aide médicale d'État (AME) vise à offrir une protection santé aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français. Il inclut :

- ♦ **l'AME de droit commun**, qui offre une couverture santé relativement complète aux étrangers en situation irrégulière pouvant démontrer une résidence d'au moins trois mois en France et un faible niveau de ressources ;
- ♦ **le dispositif des soins urgents et vitaux**, qui permet de compenser *a posteriori* les dépenses engagées par les hôpitaux pour l'octroi de soins à des étrangers en situation irrégulière non-éligibles à l'AME.

L'AME répond en premier lieu à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense. Elle n'est pas un outil de politique migratoire. Créé en 1999, le dispositif a été plusieurs fois amendé en vingt ans d'existence, notamment pour réduire le panier de soins accessibles et pour introduire un droit d'entrée de 30 € en 2011, supprimé en 2012. Si l'AME, volontiers décrite par les associations comme « le milliard le plus scruté de la dépense publique », représente 0,6 % des dépenses publiques de santé en France, la mission estime que son suivi par les ministères compétents et l'information du Parlement à son sujet peuvent et doivent être améliorés.

L'AME s'inscrit dans un cadre juridique constitué des engagements internationaux de la France, diversement contraignants, du droit européen et de plusieurs décisions du Conseil constitutionnel et du Conseil d'État. Ce cadre définit un socle minimum de soins aux étrangers en situation irrégulière notamment pour les situations d'urgence et pour les populations les plus vulnérables (mineurs et femmes enceintes). En dépit d'un socle juridique commun à l'ensemble des États membres de l'Union européenne, le dispositif français apparaît singulier tant par sa logique d'ouverture de droits que par la définition d'un panier de soins proches de ceux du droit commun ; ces singularités, qui découlent des spécificités du système de soins français (unicité nationale des dispositifs de prise en charge et libre accès aux soins en fonction des besoins) le désignent comme **l'un des plus généreux de l'Union européenne**. Il est aussi le plus transparent en termes de dépense publique.

Fin 2018, 318 106 étrangers en situation irrégulière bénéficiaient de l'AME. Le nombre de bénéficiaires est stable depuis 2015, à la différence du nombre des demandeurs d'asile, bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA), qui augmente rapidement. Le bénéficiaire type de l'AME est un homme entre 30 et 34 ans, vivant seul. Plus de la moitié des bénéficiaires sont rattachés à une caisse primaire d'assurance maladie d'Île-de-France. L'Afrique représente plus de deux tiers des bénéficiaires et l'Algérie est le premier pays en termes de ressortissants.

Le coût total de l'AME (droit commun et soins urgents) s'élevait à 904 M€ en 2018. Il s'est accru de 1,4 % par an sur les cinq dernières années. Néanmoins ce coût total, et son évolution, sont sans doute sous-évalués en raison (i) de la complexité des procédures administratives opposées aux hôpitaux pour obtenir le remboursement des soins aux étrangers en situation irrégulière et (ii) de la non prise en compte des frais de gestion. Par ailleurs, la dépense de soins des demandeurs d'asile est estimée par la mission à plus de 200 M€.

La dépense de soins des bénéficiaires de l'AME reflète logiquement les spécificités de cette population. Deux tiers de cette dépense de soins sont représentés par les soins hospitaliers. Leur consommation de médicaments est supérieure à celle des assurés sociaux pour les traitements associés aux maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose), aux dépendances et à la toxicomanie ou encore pour les antalgiques et anti-inflammatoires, ce dernier point reflétant sans doute un état de santé dégradé.

Cependant les données de l'ATIH analysées par la mission permettent également de détecter des atypies, tant dans la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME relativement à celle des assurés sociaux, que dans la tendance de cette dépense. Les atypies les plus nettes concernent les accouchements, l'insuffisance rénale chronique, les cancers et les maladies du sang ; elles renforcent de façon convaincante l'hypothèse d'une migration pour soins, qui n'est clairement pas un phénomène marginal (plus d'un quart des étrangers en situation irrégulière citeraient les soins parmi les raisons de leur migration). Le rythme de croissance des séances d'hémodialyse, chimiothérapie et radiothérapie est particulièrement élevé (plus de 10 % par an) pour les bénéficiaires de l'AME ; il peut poser la question de la capacité actuelle du système de soins, et en particulier des centres lourds de dialyse, à assurer l'accueil de ces patients. Ces atypies sont confirmées par l'analyse d'un échantillon de dossiers médicaux anonymisés, qui suggère que pour 43 % des patients AME en dialyse et 25 % des patients AME en chimiothérapie oncologique il existe une suspicion de migration pour soins.

La mission s'est intéressée au parcours médical et administratif des étrangers en situation irrégulière souhaitant accéder aux soins. D'une part, sur le plan médical, l'accès aux soins pourrait être encore renforcé. L'implication quotidienne des acteurs de terrain (hôpitaux, permanences d'accès aux soins, CPAM, associations) permet de faciliter l'accès des étrangers au dispositif. Cet accès est assuré de façon inconditionnelle et gratuite dans les hôpitaux mais il n'est pas pleinement garanti en médecine de ville en raison de possibles refus de soins. D'autre part, sur le plan administratif, la procédure d'instruction des dossiers par les CPAM obéit à des règles strictes. Elle offre également des garanties de célérité et de qualité de traitement des demandes marquées par un très faible taux d'erreurs. Les modalités de remise et d'utilisation de la carte d'AME ont été réformées au cours des dernières années, suivant ainsi les recommandations des précédents rapports d'inspections. Pour autant, des risques de fraude demeurent sur le critère de résidence de trois mois et sur le critère de ressources, essentiellement déclaratif.

La mission a tenté d'estimer les coûts de gestion associés au dispositif de l'AME dans les CPAM et les hôpitaux. Les procédures de constitution des dossiers et d'échanges avec les CPAM, qui mobilisent le service social, et les procédures de facturation apparaissent particulièrement chronophages et coûteuses pour les hôpitaux. La complexité des règles de facturation empêche en outre les hôpitaux d'imputer à l'AME ou aux soins urgents l'intégralité des soins aux étrangers en situation irrégulière. Ceci conduit à une sous-évaluation de la dépense hospitalière que la mission estime supérieure à 8 %, à quoi s'ajoutent des frais de gestion de l'ordre de 8 %.

Sur la base de ces analyses, la mission énonce quatorze propositions (cf. tableau 1) qui portent sur la sécurisation du dispositif, pour limiter la fraude et les usages abusifs, et sur son amélioration, pour garantir un accès plus précoce aux soins et maîtriser les coûts de gestion. Ces propositions sont le fruit d'échanges avec les gestionnaires des dispositifs AME et soins urgents des caisses primaires d'assurance maladie et hôpitaux de quatre départements et avec des professionnels de santé.

La mission recommande d'envisager avec prudence toute évolution de l'AME qui aurait pour effet d'augmenter le renoncement aux soins et de dégrader l'état de santé des populations ciblées. En particulier, une nouvelle réduction du panier de soins de l'AME paraît peu pertinente, y compris dans une perspective de diminution de la dépense publique. Une contribution financière des bénéficiaires pourrait être envisagée sous forme d'un ticket modérateur très modique et non d'un droit d'entrée ; pour autant ce serait une mesure essentiellement symbolique et potentiellement coûteuse en gestion. Une convergence avec les dispositifs en vigueur chez nos voisins européens ou une extension de la PUMa aux étrangers en situation irrégulière supposeraient une reconfiguration trop profonde du système de santé pour constituer une perspective crédible.

Ceci étant posé, la mission considère comme une priorité la lutte contre la fraude et les abus, qui fragilisent l'acceptabilité politique du dispositif :

- ◆ **contre la fraude**, la mission propose une communication systématique et réciproque entre l'Assurance maladie et les services chargés de la délivrance des visas, visant à éviter l'ouverture de droits à l'AME à une personne en situation régulière, mais aussi l'octroi d'un visa à une personne bénéficiant de l'AME ou redevable d'une créance hospitalière. La mission recommande aussi un renforcement de la détection des fraudes dès le stade de l'instruction des demandes, en particulier pour les cas de multi-hébergement et pour la vérification de la condition de ressources ;
- ◆ **contre les abus**, la mission propose d'activer la compétence du contrôle médical de l'Assurance maladie pour l'AME, de mettre en place des accords préalables pour certains soins programmés non-essentiels et de modifier le régime de protection maladie des demandeurs d'asile. Une accentuation de l'effort de coopération en matière de santé avec les principaux pays d'origine des migrants contribuerait également à protéger notre système de santé tout en évitant des migrations inutiles et coûteuses.

Enfin, la mission recommande plusieurs évolutions du dispositif visant à garantir un meilleur accès aux soins des bénéficiaires (diminution des renoncements ou refus de soins, suivi médical renforcé) et à mieux maîtriser ses coûts de gestion. Ces évolutions incluent la simplification des procédures de facturation des soins hospitaliers, la dématérialisation des flux, l'alignement du parcours de soins des bénéficiaires de l'AME sur celui des assurés sociaux et la mise en place d'une visite de prévention lors de l'ouverture des droits.

Rapport

Tableau 1 : Synthèse des propositions

N°	Proposition
<i>Lutter de façon visible et volontaire contre la fraude à l'aide médicale d'État</i>	
1	Sécuriser la vérification de la présence physique des demandeurs en imposant le retrait des cartes d'AME par le bénéficiaire dans un délai de deux mois, au-delà duquel les cartes seront détruites et les droits clos, et en expérimentant dans deux départements le dépôt de la demande d'AME exclusivement par le bénéficiaire ou un partenaire agréé par la CPAM.
2	Sécuriser la vérification du statut irrégulier des demandeurs en approfondissant et systématisant les contrôles d'identité en cas d'absence de passeport ou de passeport vierge, et en donnant aux CPAM dès le deuxième trimestre 2020 l'accès à la base de données VISABIO contenant l'information sur les visas octroyés.
3	Sécuriser l' usage des attestations d'hébergement comme preuve de résidence en incluant la pièce d'identité de l'hébergeant comme pièce obligatoire, en identifiant les cas de multi-hébergement dès l'instruction des dossiers et en conditionnant la poursuite de l'instruction à un entretien si un particulier héberge plus de deux bénéficiaires (hors ayants droits).
4	Sécuriser la vérification de la condition de ressources applicable à l'AME en relevant à 100 € le seuil de revenus déclenchant une demande de compléments d'information, en prenant en compte le revenu du partenaire en situation régulière et en systématisant les demandes d'information sur les ressources auprès des consulats français des pays des demandeurs.
5	Empêcher l' octroi de visa aux « touristes médicaux » ou leur entrée sur le territoire en mettant à disposition des consulats de France et de la police aux frontières (PAF) : une base de données relative aux bénéficiaires présents et passés de l'AME, et une base de données relative aux créances hospitalières.
<i>Lutter contre les usages abusifs des dispositifs de l'AME, des soins urgents et de la demande d'asile</i>	
6	Activer le contrôle médical de l'Assurance maladie pour les dispositifs de l'AME et des soins urgents et rendre obligatoire le dossier médical partagé (DMP) pour les bénéficiaires de l'AME.
7	Instaurer pour la prise en charge de soins programmés non-essentiels (liste à définir réglementairement) un délai de carence de neuf mois, avec dérogation possible en cas d'urgence avérée sur décision du contrôle médical de l'Assurance maladie.
8	Modifier le régime de protection maladie des demandeurs d'asile en l'alignant sur celui des étrangers en situation irrégulière ou, alternativement, en instaurant un délai de carence de trois mois pour l'ouverture des droits à la PUMA et en réduisant de douze à trois mois la durée de maintien des droits après rejet de la demande d'asile.
9	Renforcer la coopération hospitalière avec les principaux pays d'origine des étrangers en situation irrégulière, en y incluant un volet de dissuasion de la migration pour soins et un volet de facilitation des rapatriements volontaires de malades.
<i>Améliorer l'efficacité et l'efficience des dispositifs de l'AME et des soins urgents</i>	
10	Améliorer le pilotage de l'AME par la DSS en systématisant la conduite d'études <i>ad hoc</i> , et faciliter l'information du Parlement en enrichissant les indicateurs transmis.
11	Faciliter la facturation des soins pour les hôpitaux en supprimant la condition préalable d'un refus d'AME pour la facturation en soins urgents, en assurant une communication systématique aux hôpitaux des décisions des CPAM sur l'ouverture des droits AME, en fixant le délai de prise en charge rétroactive des soins à trois mois et en étendant le délai de forclusion à deux ans ; instaurer en contrepartie un contrôle de conformité <i>a posteriori</i> par l'Assurance maladie.
12	Fluidifier la facturation et le suivi de la dépense de soins de ville en transformant la carte AME en une carte à puce de type carte Vitale, permettant la télétransmission et le suivi des prescriptions et consommations pharmaceutiques ; à défaut, pousser aussi loin que possible la dématérialisation « en mode dégradé ».
13	Faciliter la prise en charge en médecine de ville en étendant le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) aux bénéficiaires de l'AME, et en développant un suivi qualitatif et quantitatif de cette population sur le modèle de celui des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, afin de mieux documenter les refus de soins.
14	Mettre en place une visite médicale de prévention proposée systématiquement aux nouveaux bénéficiaires lors du retrait de la carte AME ; la mise en place serait progressive et commencerait par Paris et la Seine-Saint-Denis qui ont déjà expérimenté le dispositif.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LE DISPOSITIF DE L'AME, QUI PROCÈDE D'UNE LOGIQUE HUMANITAIRE ET DE SANTÉ PUBLIQUE MAIS AUSSI DU CADRE JURIDIQUE NATIONAL ET INTERNATIONAL, FIGURE PARMI LES PLUS GÉNÉREUX D'EUROPE.....	2
1.1. L'aide médicale d'État, qui inclut l'AME de droit commun et le dispositif des soins urgents et vitaux, vise à offrir une protection sanitaire aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire	2
1.1.1. <i>L'AME de droit commun offre une couverture santé relativement complète aux étrangers en situation irrégulière pouvant démontrer une résidence d'au moins trois mois en France.....</i>	2
1.1.2. <i>Le dispositif des soins urgents et vitaux permet de financer a posteriori l'octroi de soins par les hôpitaux à des étrangers en situation irrégulière non-éligibles à l'AME.....</i>	3
1.2. Le dispositif de l'aide médicale d'État, créée en 1999, connaît une forte instabilité normative depuis deux décennies.....	3
1.2.1. <i>L'AME répond en premier lieu à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense</i>	3
1.2.2. <i>Plusieurs fois amendé par le législateur en vingt ans d'existence, le dispositif de l'AME est peut-être « le milliard le plus scruté de la dépense publique ».....</i>	4
1.2.3. <i>Le suivi de l'AME par les ministères compétents et son évaluation par le Parlement demeurent perfectibles.....</i>	6
1.3. Le cadre juridique national et international impose un socle minimum en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière.....	6
1.3.1. <i>Des sources juridiques internationales diverses encadrent l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière</i>	6
1.3.2. <i>Le Conseil constitutionnel et le juge administratif ont précisé le droit applicable à l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.....</i>	7
1.4. Parmi les pays européens, le dispositif français se distingue par l'unicité des dispositifs de prise en charge, le libre accès aux soins en fonction des besoins et un panier de soins proche de celui des assurés sociaux	8
2. SI LA DÉPENSE TOTALE D'AME N'A CRÛ QUE DE 1,4 % PAR AN ENTRE 2013 ET 2018, DES ATYPIES SONT IDENTIFIABLES DANS LE RECOURS À CERTAINS SOINS	10
2.1. L'AME bénéficie fin 2018 à 318 106 étrangers en situation irrégulière, dont la moitié vit en Île de France et les deux tiers viennent d'Afrique.....	10
2.1.1. <i>Le nombre des bénéficiaires de l'AME est stable depuis 2015, tandis que le nombre des demandeurs d'asile bénéficiaires de la protection maladie universelle augmente rapidement.....</i>	10
2.1.2. <i>Le bénéficiaire type de l'AME est un homme entre 30 et 34 ans, originaire du continent africain, vivant seul en Île-de-France.....</i>	10
2.2. Le coût total de l'AME, soit 904 M€ en 2018, s'est accru de 1,4 % par an en moyenne depuis 2013 mais il est probablement sous-évalué	11

2.3. Si la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME reflète les spécificités de cette population, plusieurs atypies détectées renforcent la présomption d'une migration pour soins	12
2.3.1. <i>Les soins hospitaliers représentent les deux tiers de la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME ; le détail de leur dépense de soins reflète les spécificités de cette population.....</i>	12
2.3.2. <i>Les données de l'ATIH permettent de détecter des atypies dans la dépense de soins hospitaliers des bénéficiaires de l'AME, notamment pour les accouchements, l'insuffisance rénale et les cancers.....</i>	13
2.3.3. <i>La typologie médicale des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, évaluée sur un échantillon hospitalier, suggère de nombreux cas de migration pour soins.....</i>	15

3. MALGRÉ DES ÉVOLUTIONS FAVORABLES, LA GESTION DU DISPOSITIF DE L'AME DEMEURE PERFECTIBLE COMPTE TENU DE SA COMPLEXITÉ, DE SON COÛT ET DES RISQUES DE FRAUDE ASSOCIÉS..... 16

3.1. Assuré dans les hôpitaux, l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME n'est pas pleinement garanti en médecine de ville	16
3.1.1. <i>Les acteurs de terrain en charge du déploiement de l'AME veillent à limiter le non-recours aux droits.....</i>	16
3.1.2. <i>Dans les hôpitaux, un étranger en situation irrégulière bénéficie d'un accès inconditionnel et gratuit aux soins du panier couvert par le dispositif.....</i>	16
3.1.3. <i>Le renforcement de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière suppose en premier lieu de réduire les refus de soins en médecine de ville.....</i>	17
3.2. Si la procédure d'instruction, de remise et d'utilisation de la carte d'AME a été améliorée au cours des dernières années, le risque de fraude au critère de résidence depuis plus de trois mois demeure élevé.....	18
3.2.1. <i>Encadrée par des règles strictes, la procédure d'instruction des dossiers par les CPAM offre des garanties de célérité et de qualité de traitement des demandes.....</i>	18
3.2.2. <i>Les modalités de remise et d'utilisation de la carte d'AME ont été sécurisées.....</i>	19
3.2.3. <i>Bien que la procédure d'instruction ait été améliorée, des risques de fraude subsistent, notamment sur le critère de résidence de trois mois.....</i>	19
3.3. Les procédures administratives de l'AME génèrent des coûts élevés pour les hôpitaux et peuvent les conduire à intégrer les dépenses associées aux soins dans d'autres postes comptables.....	20
3.3.1. <i>Les procédures précisant les modalités de constitution des dossiers et les échanges avec les CPAM sont chronophages et occasionnent des coûts de gestion élevés pour les hôpitaux.....</i>	20
3.3.2. <i>La complexité des règles de facturation ne permet pas aux hôpitaux d'imputer à l'AME ou aux soins urgents l'intégralité des soins prodigués aux étrangers en situation irrégulière.....</i>	22

4. LES PROPOSITIONS DE LA MISSION SE CONCENTRENT SUR LA SÉCURISATION DU DISPOSITIF, POUR MOINS DE FRAUDES ET ABUS, ET SON OPTIMISATION, POUR MOINS DE RENONCEMENT AUX SOINS ET DE COÛTS DE GESTION 23

- 4.1. La mission recommande d'envisager avec prudence toute évolution de l'AME qui aurait pour effet d'augmenter le renoncement aux soins et de dégrader l'état de santé des populations concernées 23
 - 4.1.1. *Une réduction du panier de soins de l'AME paraît peu pertinente, y compris dans une perspective de diminution de la dépense publique..... 23*
 - 4.1.2. *Une mise à contribution des bénéficiaires pourrait être envisagée sous forme d'un ticket modérateur très modique, mais ce serait une mesure symbolique..... 24*
 - 4.1.3. *Une convergence avec les dispositifs en vigueur chez nos voisins européens supposerait une reconfiguration trop profonde du système de santé pour être une perspective crédible à court ou moyen terme..... 25*
 - 4.1.4. *Une extension de la PUMa aux étrangers en situation irrégulière semble difficilement acceptable 26*
- 4.2. La mission considère comme une priorité la lutte contre la fraude et les abus, qui fragilisent l'acceptabilité du dispositif et mettent en tension le système de santé 27
 - 4.2.1. *Entre l'Assurance maladie, le ministère de l'intérieur et le ministère des affaires étrangères, la communication des informations relatives au statut des demandeurs de l'AME doit être systématique et réciproque..... 27*
 - 4.2.2. *La détection des fraudes par les CPAM doit être renforcée dès le stade de l'instruction, notamment en ce qui concerne les multi-hébergeurs..... 28*
 - 4.2.3. *L'intervention du contrôle médical de l'Assurance maladie et l'introduction du dossier médical partagé doivent permettre une juste prescription des soins aux bénéficiaires de l'AME..... 28*
 - 4.2.4. *La dispensation de certains soins programmés non-essentiels pourrait être conditionnée à une durée de séjour sur le territoire supérieure à un an ... 29*
 - 4.2.5. *Une évolution du régime de protection santé des demandeurs d'asile, qui bénéficient aujourd'hui de la PUMa, augmenterait la cohérence du dispositif de l'AME et entraverait certains abus 29*
 - 4.2.6. *Un renforcement de la coopération en matière de santé avec les principaux pays d'origine des migrants contribuerait à protéger notre système de santé tout en évitant des migrations inutiles et coûteuses 30*
- 4.3. La mission recommande plusieurs aménagements du dispositif ayant pour objectifs la diminution des renoncements ou refus de soins et la diminution des coûts de gestion 31
 - 4.3.1. *Une simplification des procédures de facturation des soins hospitaliers aux étrangers en situation irrégulière permettrait de réduire les coûts de gestion et d'atténuer le poids de ces soins sur les comptes des hôpitaux ... 31*
 - 4.3.2. *L'alignement du parcours de soins des bénéficiaires de l'AME sur celui des assurés sociaux permettraient de diminuer la fréquence des refus de soins 32*
 - 4.3.3. *Une visite de prévention lors de l'ouverture des droits permettrait de mieux connaître l'état de santé des étrangers en situation irrégulière et de minimiser le coût de leurs soins par une prise en charge précoce..... 32*

CONCLUSION..... 34

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 19 juin 2019, les directeurs de cabinets de la ministre de la solidarité et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics ont saisi l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une **mission sur les dispositifs de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents**.

Tout en confirmant la pleine validité du principe d'humanité et du double objectif de santé publique et d'efficience de la dépense qui les sous-tendent, les commanditaires ont souhaité engager **une réflexion sur l'évolution possible de ces deux dispositifs, ayant notamment pour perspectives la modération de la dépense publique et une plus grande convergence avec nos partenaires européens**. Les deux pistes d'évolution mentionnées par les commanditaires dans la lettre de mission sont la question du panier de soins et l'introduction d'une procédure d'accord préalable.

Il a également été demandé à la mission d'**analyser la décomposition et le dynamisme de la dépense** relative aux deux dispositifs et d'**évaluer les outils de suivi et de maîtrise** existants, dans la continuité du rapport produit par les deux inspections en 2010.

La mission a pu s'appuyer sur une bibliographie riche et sur les données et expertises des principales administrations concernées. Elle a procédé à un travail d'analyse de données et de revue des processus dans quatre départements parmi les plus concernés (Paris, Seine-Saint-Denis, Bouches-du-Rhône, Rhône) et sur des entretiens avec plus de 130 personnes¹. La mission n'a pu conduire d'investigations spécifiques sur la Guyane ; les dispositifs de l'AME et des soins urgents ne sont pas applicables à Mayotte.

Le présent rapport a été établi par :

- ◆ MM. Jean-Yves Latournerie, Jérôme Saulière et Christophe Hemous pour l'IGF ;
- ◆ M^{me} Fabienne Bartoli, M. Jean-Louis Rey et le D^r Francis Fellingner pour l'IGAS.

Il rappelle dans un premier temps l'historique et les modalités de fonctionnement de l'aide médicale d'État, en les mettant en regard du cadre juridique et des dispositifs équivalents dans huit pays d'Europe (cf. section 1 et annexes I et II).

Il présente ensuite une analyse chiffrée du dispositif visant à offrir une meilleure compréhension de la décomposition et des leviers d'évolution de la dépense (cf. section 2 et annexe III) et une analyse des processus à l'œuvre visant à identifier des pistes d'optimisation ou de sécurisation de ces processus (cf. section 3 et annexe IV). Ces analyses sont complétées sur certains aspects par une revue succincte de la littérature scientifique (cf. annexe V).

Enfin le rapport formule des propositions visant à faire évoluer les dispositifs de l'AME et des soins urgents au regard des constats de la mission et des objectifs des commanditaires (cf. section 4).

¹ La liste des personnes rencontrées figure en annexe VI.

1. Le dispositif de l'AME, qui procède d'une logique humanitaire et de santé publique mais aussi du cadre juridique national et international, figure parmi les plus généreux d'Europe

1.1. L'aide médicale d'État, qui inclut l'AME de droit commun et le dispositif des soins urgents et vitaux, vise à offrir une protection sanitaire aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire

1.1.1. L'AME de droit commun offre une couverture santé relativement complète aux étrangers en situation irrégulière pouvant démontrer une résidence d'au moins trois mois en France

L'aide médicale d'État (AME) est une prestation d'aide sociale garantissant aux étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire français une prise en charge gratuite de leurs soins médicaux. La prestation est financée par le budget de l'État, qui en rembourse théoriquement le montant intégral (hors coûts de gestion) à l'Assurance maladie. En termes budgétaires, l'aide médicale d'État constitue une action du programme 183 « Protection maladie » relevant de la mission « Santé ».

Le premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles donne une définition législative de l'aide médicale d'État : *« Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'État »*².

Trois conditions ressortent de cette définition : l'irrégularité du séjour, la résidence continue de trois mois sur le territoire français et les ressources inférieures au plafond (qui est le même que celui de la couverture maladie universelle complémentaire, soit 727 € par mois pour une personne seule et 1 090 € par mois pour deux personnes). En pratique, le dossier de demande d'AME comprend le CERFA n°50741 rempli et les pièces justificatives permettant de vérifier le respect de ces trois conditions.

Les bénéficiaires de l'AME bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour un panier de soins comparable à celui des assurés sociaux, à l'exception de :

- ♦ quatre restrictions relativement symboliques :
 - médicaments à faible service médical rendu remboursés à 15 % ;
 - médicaments princeps dès lors qu'un générique existe ;
 - procréation médicalement assistée ;
 - cures thermales ;
- ♦ une restriction plus conséquente : les lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses sont prises en charge à hauteur de la part obligatoire, très inférieure au coût réel, alors qu'elles sont prises en charge à 100 % pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

² Est ainsi défini le régime de l'AME dite « de droit commun », le deuxième alinéa de l'article définissant également le dispositif dit de « l'AME humanitaire » et le troisième l'aide médicale dont bénéficient les personnes gardées à vue. Ces deux dernières catégories d'AME sont exclues du périmètre du rapport.

Le fait que l'AME soit mentionnée dans le code de l'action sociale et des familles et non dans le code de la sécurité sociale résulte de la considération que l'aide médicale de l'État, contrairement à la protection maladie de droit commun qui répond à une logique contributive, est une prestation d'aide sociale : ses bénéficiaires ne sont pas considérés par le législateur comme des assurés sociaux. À ce titre, les bénéficiaires de l'AME ne disposent pas d'une carte vitale mais d'une carte AME avec photographie, dénuée de puce électronique (cf. 3.2.2).

1.1.2. Le dispositif des soins urgents et vitaux permet de financer *a posteriori* l'octroi de soins par les hôpitaux à des étrangers en situation irrégulière non-éligibles à l'AME

Le dispositif des soins urgents est une prestation d'aide sociale permettant l'accès à des soins aux personnes en situation irrégulière ne remplissant pas les conditions d'accès à l'AME de droit commun, lorsque la gravité de leur état de santé le justifie. Il ne concerne que les prestations hospitalières.

L'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles définit ainsi le régime des soins urgents : « *Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2.* »

Contrairement à l'AME de droit commun, le dispositif des soins urgents est remboursé par l'État à l'Assurance maladie de façon forfaitaire, à hauteur de 40 M€ par an.

Il s'agit en pratique davantage d'un dispositif de facturation par défaut pour les hôpitaux, lorsqu'aucune couverture santé ne leur permet d'être remboursés *a posteriori* des soins prodigués dans l'urgence, que d'une protection maladie ; ils ne donnent lieu à aucune ouverture de droits et à aucun enregistrement des personnes soignées dans le système d'information de l'Assurance maladie.

1.2. Le dispositif de l'aide médicale d'État, créée en 1999, connaît une forte instabilité normative depuis deux décennies

1.2.1. L'AME répond en premier lieu à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU) et l'aide médicale d'État (AME), qui n'était alors pas soumise à une condition de résidence de trois mois. Le projet de loi porté par Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, suscite alors des débats nourris au Parlement : le dispositif est attaqué à droite pour sa générosité et à gauche pour sa stigmatisation des étrangers en situation irrégulière. La loi entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2000.

Le dispositif de l'AME répond à une triple motivation :

- ♦ **la première motivation est d'ordre éthique et humanitaire.** Est reconnue ainsi la nécessité, dans un pays riche et développé, d'assurer une couverture santé, même minimale, à toutes les personnes présentes sur le territoire national. De ce principe général naissent l'obligation et la volonté de soulager les souffrances d'autrui et de reconnaître le statut de malade à toute personne, indépendamment de son statut administratif et, notamment, du caractère régulier ou non de son séjour ;
- ♦ **la seconde motivation tient à la conduite d'une politique de santé publique cohérente,** notamment en matière de lutte contre la propagation des maladies contagieuses³. En effet, refuser à une partie de la population un suivi médical standard conduirait à favoriser le développement de maladies graves et/ou de résistances aux traitements, mettant en danger la santé de tous et compromettant ainsi l'efficacité générale de la politique de santé publique ;
- ♦ **la troisième motivation tient à la pertinence de la dépense publique.** En effet, ne pas assurer un accès aux soins primaires à des personnes, particulièrement celles en situation de précarité cumulant les handicaps sanitaires et sociaux, peut conduire *in fine* la société à devoir assumer des dépenses plus importantes, notamment des dépenses hospitalières. La démonstration en a été faite par la littérature scientifique *a minima* pour le VIH et les affections cardiovasculaires (cf. annexe V).

Les dispositifs de l'AME et des soins urgents répondent en outre à des obligations d'ordre juridique, nationales comme internationales (cf. 1.3).

1.2.2. Plusieurs fois amendé par le législateur en vingt ans d'existence, le dispositif de l'AME est peut-être « le milliard le plus scruté de la dépense publique »

Dès 2002, la question d'une participation financière des bénéficiaires de l'AME est abordée pour la première fois : la loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 de finances rectificative pour 2002 instaure le principe de cette participation et renvoie à un décret d'application, qui n'a pas été publié.

Par la suite, le législateur a précisé les modalités d'application du dispositif :

- ♦ la loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003 de finances rectificative pour 2003 instaure une condition de résidence ininterrompue de trois mois pour accéder à l'AME et crée le dispositif des soins urgents pour les personnes ne pouvant remplir cette condition ;
- ♦ en juillet 2005, les décrets n° 2005-859 et n° 2005-860 précisent les modalités d'instruction des demandes d'aide médicale de l'État ;
- ♦ en mai 2008, la circulaire DHOS/2008/150 précise les modalités de facturation et de paiement des soins urgents.

En 2010, l'instauration d'une participation financière des bénéficiaires de l'AME est abordée pour la seconde fois par le législateur : **la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 crée un droit d'entrée à l'AME de 30 € à compter du 1^{er} mars 2011, et réduit le périmètre des ayant droits et des actes médicaux pris en charge au titre de l'AME.**

³ La prévalence du VIH, des hépatites et de la tuberculose est particulièrement forte dans les populations visées.

Rapport

Un rapport conjoint de l'IGF et de l'IGAS remis au gouvernement en novembre 2010 recommandait au contraire :

- ♦ de ne pas mettre en œuvre de droit d'entrée pour l'AME, considérant : (i) le risque d'un accroissement des dépenses au-delà de l'économie escomptée ; (ii) le risque sanitaire associé à des retards de soins ; et (iii) un effet de responsabilisation sur la dépense de soins estimé très faible sur les bénéficiaires de l'AME ;
- ♦ de réformer la facturation des séjours hospitaliers pour un passage progressif à une facturation de droit commun selon les modalités de la T2A (cette recommandation a été mise en œuvre dans les années qui ont suivi et mené à un recul du coût des séjours et séances hospitalières des bénéficiaires de l'AME) ;
- ♦ de mieux articuler voire fusionner CMU et AME pour ne retenir qu'un seul dispositif, ou *a minima* d'harmoniser les pratiques administratives (cette recommandation n'a pas été suivie d'effets).

En juin 2011, les députés M. Claude Goasguen (UMP) et M. Christophe Sirugue (PS) produisent un rapport d'information du Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale. Au-delà de l'amélioration des modalités de gestion du dispositif, les deux rapporteurs, de sensibilités politiques différentes, divergent sur une éventuelle réforme de l'AME :

- ♦ M. Claude Goasguen propose une scission du panier de soins en deux niveaux de protections gérés différemment, sur la base de l'exemple allemand (cf. 1.4) ;
- ♦ M. Christophe Sirugue s'oppose à une modification du panier de soins et propose en outre de supprimer le droit d'entrée.

Ce rapport est suivi par deux autres rapports d'information, produits par les mêmes auteurs et faisant apparaître des divergences similaires quant à l'évolution du dispositif, en février 2012 et novembre 2015.

La loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 supprime le droit de timbre.

En novembre 2018, la commission des finances et la commission des affaires sociales du Sénat présentent des avis divergents dans le cadre de la discussion du projet de loi de finances pour 2019. La première souligne la nécessité d'une réforme en profondeur de l'AME, incluant un recentrage des soins pris en charge sur un panier plus étroit et le rétablissement du droit d'entrée, tandis que la seconde prône un maintien du dispositif dans ses contours actuels. Suivant l'avis de la commission des finances, le Sénat propose un amendement visant à rétablir le droit d'entrée, qui est rejeté par l'Assemblée nationale.

Les associations d'aide aux étrangers en situation irrégulière rencontrées par la mission regrettent qu'en vingt ans l'AME soit ainsi devenue « le milliard le plus scruté de la dépense publique ».

1.2.3. Le suivi de l'AME par les ministères compétents et son évaluation par le Parlement demeurent perfectibles

Le suivi de l'AME par les ministères compétents pourrait être resserré. Si ces ministères délèguent la mise en œuvre de l'AME à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)⁴, ils en assurent, par le biais de la direction de la sécurité sociale, la tutelle et le suivi à travers deux modes d'actions :

- ♦ l'analyse des déterminants de la trajectoire budgétaire (nombre de bénéficiaires, arrivée sur le marché de nouvelles molécules) et le suivi d'indicateurs de gestion trimestriels à l'échelle nationale et à l'échelle des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ;
- ♦ la tenue d'un comité de pilotage semestriel regroupant la CNAM, la direction de la sécurité sociale (DSS) et l'agence d'information technique sur l'hospitalisation (ATIH).

Pour autant, ce suivi gagnerait à être amélioré. En particulier, des études *ad hoc* sur échantillon de dossiers médicaux et administratifs pourraient être systématiquement menées en cas de suspicions sur d'éventuelles pratiques frauduleuses ou abusives. Au cours des quatre dernières années, la mission n'a recensé qu'un nombre très limité d'études de ce type, dont une en 2015 sur les ressortissants géorgiens atteints de tuberculose multi-résistante.

Le principe de sincérité budgétaire implique que davantage d'informations sur le dispositif de l'AME soient fournies au Parlement. Lors du vote des lois de finances, le Parlement procède à l'évaluation du dispositif notamment sur la base des deux indicateurs de performance associés au programme 183 : le délai moyen d'instruction des dossiers par les CPAM et le pourcentage de dossiers de demande ayant fait l'objet d'une double instruction⁵. Pour autant, ces informations pourraient être enrichies sur deux plans :

- ♦ d'une part, il n'existe aucun indicateur consolidé relatif aux coûts de gestion de l'AME, qui comme le souligne la mission sont susceptibles d'être élevés (cf. 3.3.1) ;
- ♦ d'autre part, les sous-jacents du calcul de la trajectoire budgétaire sont peu documentés ; l'hypothèse sur le nombre de bénéficiaires en N+1 n'est par exemple pas justifiée.

En ce sens, la mission partage les constats de la Cour des comptes jugeant les hypothèses de calcul de la trajectoire budgétaire de l'AME « très limitées et ne permettant pas d'apprécier la sincérité de cette dernière »⁶.

1.3. Le cadre juridique national et international impose un socle minimum en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière

1.3.1. Des sources juridiques internationales diverses encadrent l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière

Les engagements internationaux et européens de la France définissent un socle minimal de règles à respecter dans le domaine de la santé en particulier quand il s'agit de situations d'urgence et de la protection des populations vulnérables (mineurs, femmes enceintes). Le détail de ces engagements est présenté dans l'annexe I.

⁴ Convention « Aide médicale de l'État » du 17 octobre 2000.

⁵ Initialement restreint aux dossiers renseignant des déclarations de ressources strictement égales à zéro, cet indicateur a été, suivant les préconisations de la Cour des comptes, élargi à l'ensemble des dossiers de demande d'AME indépendamment des ressources déclarées.

⁶ Cour des comptes, note d'analyse de l'exécution budgétaire, 2018.

Les engagements internationaux incluent :

- ◆ la **Convention des Nations-Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels**, qui pose un droit à la sécurité sociale et un droit à la santé. Si le champ d'application de ces articles n'est pas précisément défini, il implique *a minima* que les étrangers en situation irrégulière bénéficient pour les cas d'urgence de services de santé accessibles de manière non discriminatoire ;
- ◆ la **Convention des Nations-unies relative aux droits de l'enfant**, qui prévoit la mise en place d'un système complet de soins de santé primaires avec une attention particulière aux enfants et au domaine de la maternité.

Diverses sources juridiques européennes précisent par ailleurs les conditions de l'accès aux soins de tout individu sans condition relative à la régularité de résidence :

- ◆ la **Convention européenne des droits de l'homme** constitue la principale source de droit applicable aux soins portés aux étrangers en situation irrégulière. La Cour européenne des droits de l'homme s'est fondée sur ses articles n° 2 (droit à la vie) et n° 3 (interdiction de la torture) pour souligner que :
 - les hôpitaux publics et privés doivent prendre les précautions nécessaires pour protéger la vie des patients (y compris les étrangers en situation irrégulière) ;
 - l'expulsion d'un étranger atteint d'une maladie grave vers un pays où les moyens de traitement sont inférieurs à ceux disponibles ne peut porter atteinte à l'article n° 3 que dans des cas très exceptionnels ;
- ◆ la **Charte sociale européenne**, dépourvue d'effet direct en droit interne, précise que les traitements d'urgence doivent être accessibles aux étrangers en situation irrégulière ;
- ◆ le droit de l'Union à travers la **Charte des droits fondamentaux** énonce des principes très généraux qui n'emportent pas d'effets sur le droit d'accès des étrangers en situations irrégulière aux soins ; ainsi de l'article n° 35 : « *toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales* ».

1.3.2. Le Conseil constitutionnel et le juge administratif ont précisé le droit applicable à l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière

L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 définit le principe d'un droit à la protection de la santé.

Le Conseil constitutionnel en a fait une application relativement restrictive considérant qu'il s'agissait d'une protection minimale. Il a, en effet, jugé constitutionnelles (i) la mise en place d'un mécanisme de vérification *ex ante* assurant que les bénéficiaires remplissent les conditions d'éligibilité à l'AME pour un champ limité de soins et (ii) un dispositif financier de paiement d'un droit d'entrée de 30€ dont sont exclus les soins urgents⁷.

Le Conseil constitutionnel ne devrait pas faire obstacle à un traitement différencié des étrangers en situation irrégulière. Aux termes de ses décisions, il apparaît d'une part que le législateur peut prendre des dispositions spécifiques à l'égard des étrangers dans le respect de leurs droits et libertés fondamentaux⁸ et d'autre part qu'un dispositif peut être différencié en fonction de la légalité et du niveau de stabilité de la résidence des étrangers, y compris ceux en situation irrégulière⁹.

⁷ Conseil constitutionnel, décision du 28 décembre 2010.

⁸ Conseil constitutionnel, décision 13 août 1993.

⁹ Question prioritaire de constitutionnalité, 16 juin 2018.

Concomitamment, le juge administratif a précisé le champ des bénéficiaires de l'AME. Ainsi, les personnes placées dans les centres de rétention administrative peuvent bénéficier de l'AME¹⁰ et la condition de résidence de trois mois peut dans certaines circonstances être remplie sans que cette durée de résidence soit ininterrompue¹¹.

1.4. Parmi les pays européens, le dispositif français se distingue par l'unicité des dispositifs de prise en charge, le libre accès aux soins en fonction des besoins et un panier de soins proche de celui des assurés sociaux

La mission a analysé les dispositifs d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière dans huit pays européens : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Les détails de l'analyse sont présentés dans l'annexe II.

Tous les pays cités étant soumis aux mêmes contraintes légales européennes et internationales que la France (cf. 1.3.1), on y observe un socle commun de couverture qui inclut :

- ♦ **la prise en charge des pathologies nécessitant des soins urgents ou plus largement essentiels** : cette catégorie inclut dans la plupart des pays la prise en charge de pathologies pouvant s'aggraver et de ce fait requérir ultérieurement des soins urgents ;
- ♦ **la prise en charge des femmes enceintes et des mineurs** ;
- ♦ **la prévention des infections** (vaccinations obligatoires, tuberculose, VIH...).

À l'exception du Royaume-Uni, tous les pays étudiés ont en commun **un système fortement décentralisé, où les régions peuvent mettre en place à leurs frais un dispositif plus généreux que le « socle » national**, en particulier sur les soins non-urgents. Le système centralisé français est donc une exception.

Les différences entre les systèmes des huit pays étudiés portent notamment sur :

- ♦ **les bénéficiaires** : certains pays prévoient un dispositif spécifique pour les demandeurs d'asile, d'autres non (Allemagne, Suède). Seule l'Espagne applique comme la France un délai minimum de présence de trois mois (90 jours) pour l'accès aux soins non-urgents ;
- ♦ **le panier de soins** : la définition légale des soins urgents varie d'un pays à l'autre : « maladies et douleurs aiguës » en Allemagne, « soins essentiels, y compris s'ils s'inscrivent dans la continuité des soins » en Italie, « soins ne pouvant pas être différés » en Suède... Les maladies chroniques ne sont pas toujours couvertes par cette définition ; lorsqu'elles ne le sont pas (cas de l'Allemagne par exemple), elles ne sont théoriquement prises en charges que dans les phases aiguës. Certains pays ne prévoient pas de prise en charge des soins non-urgents (Suisse, Royaume-Uni), d'autres laissent cette prise en charge à la discrétion des autorités sanitaires décentralisées (Italie, Suède, Danemark) ;
- ♦ **le parcours de soins** : certains pays contraignent le parcours de soins des étrangers en situation irrégulière et/ou prévoient la nécessité d'une entente préalable pour les soins non-urgents. Par exemple, en Allemagne la dispensation de soins de ville est soumise à la présentation d'un « bon maladie » obtenu auprès des autorités sanitaires. L'Espagne et l'Italie appliquent une logique « d'ouverture de droits » similaire à la logique française, mais en Italie cette ouverture n'est valable que six mois ;

¹⁰ Conseil d'État, décision du 5 avril 2001.

¹¹ Conseil d'État, décision du 16 mars 2016.

Rapport

- ♦ **la participation financière des bénéficiaires** : au Royaume-Uni, les soins non-urgents sont facturés à hauteur de 150 % du coût du service rendu. La Suède applique un ticket modérateur aux consultations et médicaments, l'Espagne seulement aux médicaments ; l'Italie affirme en principe l'exigibilité d'un ticket modérateur mais les personnes pouvant produire un « certificat d'indigence » en sont dispensées. Les autres pays proposent en pratique des soins gratuits, généralement sous condition d'indigence. Aucun pays n'impose un droit d'entrée dans le système de soins.

2. Si la dépense totale d'AME n'a crû que de 1,4 % par an entre 2013 et 2018, des atypies sont identifiables dans le recours à certains soins

2.1. L'AME bénéficie fin 2018 à 318 106 étrangers en situation irrégulière, dont la moitié vit en Île de France et les deux tiers viennent d'Afrique

2.1.1. Le nombre des bénéficiaires de l'AME est stable depuis 2015, tandis que le nombre des demandeurs d'asile bénéficiaires de la protection maladie universelle augmente rapidement

Les bénéficiaires de l'AME (ouvrants droits et ayants droits) étaient au nombre de 318 106 au 31 décembre 2018, soit moitié plus que les 202 503 bénéficiaires enregistrés dix ans plus tôt. L'analyse de l'évolution du nombre de bénéficiaires montre un recul en 2011, dû à l'introduction d'un droit de timbre de 30 €, suivi d'un rebond en 2012 concomitamment à la suppression du droit de timbre, et d'une croissance vigoureuse jusqu'en 2015. Il est **stable depuis 2015**, comme est stable également le nombre des bénéficiaires consommant (autour de 74 % des bénéficiaires).

Le **nombre de séjours/séances de soins urgents**, meilleure approximation du nombre de bénéficiaires du dispositif en l'absence de statistiques individualisées, recule continûment depuis 2015 : de 11 292 séjours/séances en 2015 à 10 332 séjours/séances en 2018, soit une **tendance à la baisse de - 2,9 % par an**.

Le **nombre des demandeurs d'asile**, qui ne sont pas concernés par l'AME puisqu'ils ont droit à la protection maladie universelle (PUMa), augmente quant à lui de façon continue et très dynamique depuis 2009 ; il peut être approché par le nombre de demandes d'asile déposées : 109 783 demandes en 2018 contre 39 799 en 2009, soit une **croissance annuelle moyenne de 11,9 %**.

2.1.2. Le bénéficiaire type de l'AME est un homme entre 30 et 34 ans, originaire du continent africain, vivant seul en Île-de-France

L'analyse démographique des bénéficiaires de l'AME de droit commun montre qu'ils sont majoritairement jeunes (70,5 % des bénéficiaires ont strictement moins de 40 ans), **de sexe masculin** (54,3 % des bénéficiaires sont des hommes) **et sans ayants droit** (81,3 % des ouvrants droit n'ont pas d'ayant droit, les foyers de trois personnes ou plus représentent 10,1 % des foyers).

La population des bénéficiaires de l'AME est également extrêmement concentrée en termes géographiques. L'Île-de-France concentre 51,3 % et la seule ville de Paris 14,0 % des bénéficiaires en 2018. Ces pourcentages étaient respectivement de 67,4 % et 28,7 % en 2010, ce qui indique un mouvement de déconcentration. Quoique la Guyane représente 9,3 % des bénéficiaires de l'AME, la mission n'a pas pu y mener d'investigations spécifiques. Pour mémoire, le dispositif de l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

S'agissant de l'origine des étrangers en situation irrégulière, sur la base des données fournies par les hôpitaux en l'absence de données collectées par l'Assurance maladie, la mission a pu constater que **l'Afrique du nord et l'Afrique subsaharienne représentaient plus de deux tiers des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents**. Les Algériens sont la nationalité la plus représentée.

2.2. Le coût total de l'AME, soit 904 M€ en 2018, s'est accru de 1,4 % par an en moyenne depuis 2013 mais il est probablement sous-évalué

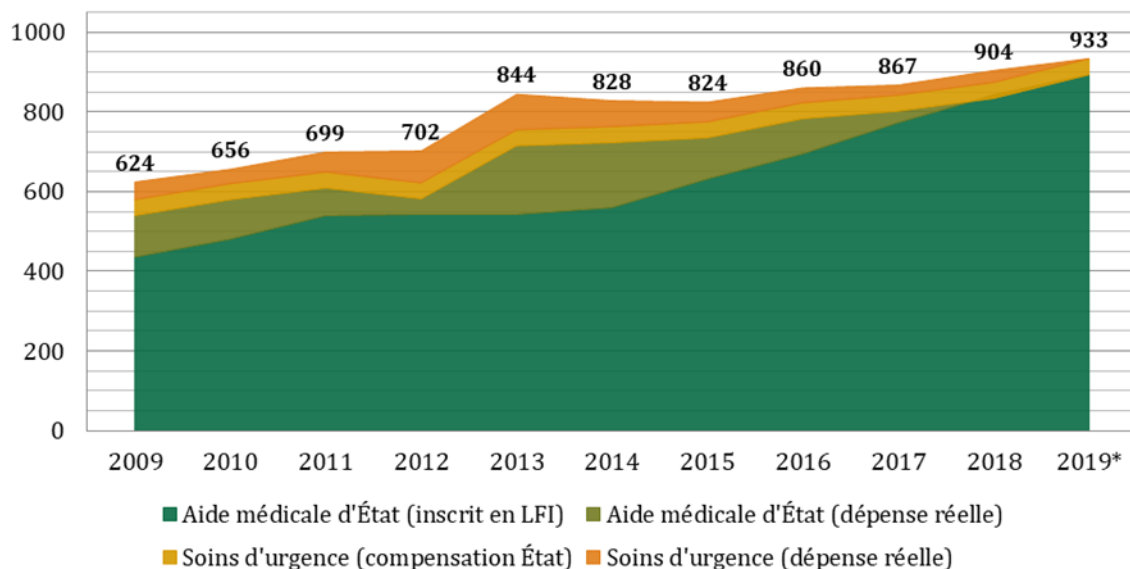
Le coût total de l'AME (droit commun et soins urgents) était de 904M€ en 2018, dont 824 M€ d'AME de droit commun et 70 M€ de soins urgents ; il était de 624 M€ en 2009, soit une croissance de 4,2 % par an sur toute la période.

L'introduction du droit d'entrée de 30 € en 2011 a engendré un ralentissement de la croissance du coût total d'AME (+ 0,4 % entre 2011 et 2012 contre 5,8 % en moyenne sur les deux années précédentes), suivi par un rebond lors de la suppression du droit d'entrée (+ 20,2 % entre 2012 et 2013). Le fait que le coût total de l'AME ait baissé ensuite pendant deux années consécutives suggère que ce rebond s'explique en partie par un effet de rattrapage, la santé des étrangers en situation irrégulière s'étant dégradée suite à l'introduction du droit d'entrée.

Sur la période récente 2013-2018, le taux de croissance du coût total de l'AME est de 1,4 % par an tandis que les crédits AME (droit commun et soins urgents) votés en LFI ont augmenté de 9,2 % par an. Le différentiel s'explique d'une part par une sincérité croissante de la programmation budgétaire de l'AME, d'autre part par la baisse concomitante de la dépense de soins urgents (- 1,6 % par an). Cette baisse procède probablement d'une complexification des règles appliquées par l'Assurance maladie pour valider la facturation en soins urgents (exigence d'un refus préalable d'AME, interprétation restrictive du critère d'urgence) ; elle est ainsi compensée par une augmentation des créances irrécouvrables des hôpitaux et par le fait que certains actes ne font l'objet d'aucune facturation.

La mission estime que l'inclusion des facturations non recouvrées et des actes non facturés des hôpitaux conduirait à augmenter le coût total de l'AME d'au moins 8 % pour les soins hospitaliers (cf. 3.3.2). L'inclusion des coûts de gestion, qui ne sont pas compensés par l'État à l'Assurance maladie et aux hôpitaux, conduirait quant à elle à augmenter ce coût de 8 % supplémentaires (cf. 3.3.1).

Graphique 1 : Évolution de la dépense d'AME de 2009 à 2019, en M€



Source : DSS, mis en forme par la mission. * Seul le montant inscrit en LFI est indiqué pour 2019.

La dépense moyenne d'AME de droit commun par bénéficiaire en 2018 s'élevait à 2 675 €, soit un montant proche des 2 667 € par bénéficiaire calculés pour 2009. Après avoir décru de 2013 à 2016, probablement sous l'effet de la réforme des tarifs des séjours hospitaliers, elle est repartie à la hausse entre 2016 et 2018 (+ 4,1 % par an). La dépense par séjour de soins urgents, calculée à partir des données de l'ATIH, est également en croissance : de 3 376 € par séjour en 2015 à 3 775 € en 2018 (+ 3,8 % par an). Il est à noter qu'en 2018 la dépense moyenne de biens et services médicaux était de 3 087€ par assuré social.

La mission a enfin tenté d'évaluer **le coût de la protection maladie des demandeurs d'asile** en extrapolant à partir des données de trois CPAM ; elle a estimé que ce coût est **supérieur à 200 M€ en 2018** (270 M€ selon le chiffrage fourni par la DSS).

2.3. Si la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME reflète les spécificités de cette population, plusieurs atypies détectées renforcent la présomption d'une migration pour soins

2.3.1. Les soins hospitaliers représentent les deux tiers de la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME ; le détail de leur dépense de soins reflète les spécificités de cette population

Les soins hospitaliers (établissements publics, établissements médico-sociaux et cliniques privées) représentent en 2018 presque deux tiers (65,4 %) de la dépense d'AME de droit commun. Les dépenses de médecine de ville se répartissent entre les honoraires des professionnels de santé (12,7 % de la dépense), les médicaments et frais d'analyse de biologie médicale (19,9 %) et les frais de transport (2,0 %). La part des soins de ville a néanmoins progressé de façon constante depuis 2012, ce qui indique un processus (encore inachevé) de normalisation de l'accès au système de soins : une dépense accrue de médecine de ville permet une prise en charge précoce et ainsi une économie probable de dépense hospitalière.

Les médicaments consommés par les bénéficiaires de l'AME traduisent les spécificités de cette population. Ils consomment significativement plus d'antiviraux systémiques, de médicaments des dépendances et toxicomanies (MDT), d'anti-inflammatoires et d'analgésiques que le reste de la population, ce qui traduit un état de santé dégradé et, dans le cas des MDT, des possibilités de détournements (traitements de substitution aux opiacés). Leur consommation d'antinéoplasiques et d'antidiabétiques se démarque également de celle du reste de la population (cf. 2.3.2). Ils consomment en revanche moins de médicaments des troubles psychiques – ce qui traduit sans doute un défaut de prise en charge psychiatrique – et moins de médicaments associés à des pathologies *a priori* bénignes (traitement des rhumes, toux, troubles digestifs, et anti-acnéiques).

Les domaines d'activité concernés par les séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME reflètent également les besoins spécifiques de cette population. L'obstétrique compte ainsi en 2018 pour 27 % des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de droit commun et 30 % des séjours de soins urgents (contre 4 % pour les assurés sociaux). En médecine, les domaines d'activité les plus représentés sont la pneumologie (7 % des séjours AME et 7 % des séjours de soins urgents) et l'hépatogastro-entérologie (6 % des séjours AME et 7 % des séjours soins urgents).

2.3.2. Les données de l'ATIH permettent de détecter des atypies dans la dépense de soins hospitaliers des bénéficiaires de l'AME, notamment pour les accouchements, l'insuffisance rénale et les cancers

La mission a analysé les tendances des dépenses hospitalières des bénéficiaires de l'AME et de soins urgents entre 2015 et 2018, afin de détecter des évolutions atypiques. Il ressort de cette analyse, dont on trouvera le détail dans l'annexe III, que :

- ◆ parmi les séjours des bénéficiaires de l'AME, la seule dépense ayant fortement augmenté entre 2015 et 2018 est celle des séjours pour tumeurs, mais cette évolution s'explique principalement par un effet prix des traitements ;
- ◆ **concernant les séances des bénéficiaires de l'AME, le nombre et le coût de séances de dialyse, radiothérapie et chimiothérapie ont fortement augmenté entre 2015 et 2018** alors que le nombre de bénéficiaires de l'AME restait stable ;
- ◆ **pour les bénéficiaires de soins urgents, le nombre et le coût des séances de dialyse a également fortement augmenté entre 2015 et 2018.**

La mission a également comparé les dépenses hospitalières des bénéficiaires de l'AME avec celles des assurés sociaux. Il ressort de cette analyse que :

- ◆ **les accouchements sont surreprésentés au sein des motifs de séjours en soins urgents comme en AME ;**
- ◆ si l'on considère les catégories majeures de diagnostic, **la dépense d'AME consacrée au traitement des tumeurs, transplantations, maladies du sang et maladies métaboliques est plus élevée que pour les assurés sociaux ;**
- ◆ si l'on considère les domaines d'activité, **la dépense d'AME consacrée aux séjours en hématologie, chimiothérapie, radiothérapie, transplantation et endocrinologie est anormalement élevée.**

Ces atypies, résumées dans le tableau 2, renforcent l'hypothèse d'une migration pour soins¹² pour les accouchements et pour certaines pathologies comme l'insuffisance rénale, les cancers et les maladies du sang. Dans le cas du diabète, la prédisposition génétique et les conditions de vie constituent des facteurs explicatifs à ne pas négliger.

¹² L'enquête Premiers pas montre que la santé est un motif ayant concouru à la décision de migrer pour 25,8 % des personnes interrogées ; le motif économique est le premier motif, cité par 59,3 % des personnes interrogées. Enquête menée en 2018 par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) de l'université de Bordeaux, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et l'université de Paris Dauphine sur un échantillon de 1 223 étrangers en situation irrégulière.

Rapport

Tableau 2 : Synthèse des atypies constatées pour l'AME de droit commun

Pathologie	Atypies constatées
AME de droit commun	
Insuffisance rénale et transplantation	▪ La CMD « affections du rein et des voies urinaires » représentait en 2018 une dépense 22,9 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux ▪ La CMD « transplantations » représentait en 2018 une dépense 84,2 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux ▪ Les séances de dialyse ont crû de + 19,7 % par an en volume et + 17,5 % par an en valeur entre 2015 et 2018 ▪ Les séjours pour transplantation représentaient en 2018 une dépense 59,4 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux
Diabète	▪ La consommation d'antidiabétiques par les bénéficiaires de l'AME était 69,8 % supérieure à celle des assurés sociaux en 2015 ▪ La CMD « affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » représentait en 2018 une dépense 31,8 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux ▪ Les séjours en endocrinologie représentaient en 2018 une dépense 35,1 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux
Cancers et maladies du sang	▪ La consommation d'antinéoplasiques et antianémiques par les bénéficiaires de l'AME était 120,0 % supérieure à celle des assurés sociaux en 2015 ; cet écart de consommation s'est accru de 18,3 % par an entre 2005 et 2018 ▪ La CMD « affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus » a progressé de + 4,0 % par an en volume et + 13,1 % par an en valeur entre 2015 et 2018 ; elle représentait en 2018 une dépense 85,6 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux ▪ La CMD « affections du sang et des organes hématopoïétiques » a progressé de + 7,4 % par an en volume et + 8,2 % par an en valeur entre 2015 et 2018 ; elle représentait en 2018 une dépense 63,2 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux ▪ Les séances de chimiothérapie ont crû de + 13,2 % par an en volume et + 10,0 % par an en valeur entre 2015 et 2018 ▪ Les séances de radiothérapie ont crû de + 7,9 % par an en volume et + 12,1 % par an en valeur entre 2015 et 2018 ▪ Les séjours pour chimiothérapie ou radiothérapie représentaient en 2018 une dépense 50,2 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux ▪ Les séjours en hématologie représentaient en 2018 une dépense 90,2 % supérieure pour les bénéficiaires de l'AME que pour les assurés sociaux
Soins urgents et vitaux	
Insuffisance rénale chronique	▪ Les séances de dialyse ont crû de + 9,3 % par an en volume et + 8,5 % par an en valeur entre 2015 et 2018

Source : Mission. CMD = catégorie majeure de diagnostic.

2.3.3. La typologie médicale des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, évaluée sur un échantillon hospitalier, suggère de nombreux cas de migration pour soins

La mission a analysé 180 dossiers anonymisés de patients bénéficiant de l'AME. La prise en charge en dialyse et en chimiothérapie oncologique a fait l'objet d'une analyse spécifique.

L'analyse de 99 dossiers de dialyse montre que **dans 43 cas (soit 43 % de l'échantillon), le patient, déjà porteur d'une fistule artério-veineuse et dialysé dans son pays d'origine, est venu sur le territoire français dans un objectif de prise en charge sanitaire.** Néanmoins la prise en charge de ces patients doit impérativement être effectuée dans les 48 à 72 heures après leur arrivée, sous peine d'engager le risque vital et de générer des séjours lourds et coûteux en réanimation. Les bénéficiaires de l'AME représentent environ 1 % de la file active des patients en dialyse en 2018 dans les établissements de l'échantillon.

L'analyse de 40 dossiers de chimiothérapie oncologique de bénéficiaires de l'AME montre que **dans 10 cas (soit 25 % de l'échantillon), il existe des éléments caractérisant avec certitude une venue pour soins après diagnostic et traitement initial dans le pays d'origine.** Les autres cas concernent des patients diagnostiqués sur le territoire national ou hospitalisés pour complications inopinées, souvent en rupture thérapeutique, après leur arrivée sur le territoire français.

La mission a également analysé les motifs de prise en charge de 310 patients consécutifs relevant des soins urgents et vitaux (SUV) en 2018. Parmi ces 310 prises en charge en urgence, le motif principal de prise en charge est la maternité, avec 74 accouchements par voie basse et 20 césariennes. Dans le même établissement pendant la même période, seuls trois accouchements ont concerné des patientes relevant de l'AME, c'est-à-dire *a priori* présentes depuis plus de trois mois sur le territoire national. **Cette prévalence des naissances sous le dispositif des SUV interroge et conforte les dires de soignants évoquant lors des entretiens avec la mission la possibilité d'arrivées parfois récurrentes sur le territoire pour une prise en charge obstétricale.**

3. Malgré des évolutions favorables, la gestion du dispositif de l'AME demeure perfectible compte tenu de sa complexité, de son coût et des risques de fraude associés

La mission a analysé le parcours médical et administratif des bénéficiaires de l'AME :

- ♦ prise en charge médicale dans les hôpitaux et en médecine de ville ;
- ♦ instruction du dossier administratif de demande d'AME dans les CPAM ;
- ♦ gestion administrative de l'AME par les hôpitaux.

Pour ce faire, elle a réalisé des entretiens auprès de quatre structures hospitalières (Assistance publique des hôpitaux de Paris, Assistance publique des hôpitaux de Marseille, centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis, Hospices civils de Lyon) et quatre CPAM (Bobigny, Marseille, Paris, Lyon). Les détails de l'analyse sont présentés dans l'annexe IV.

3.1. Assuré dans les hôpitaux, l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME n'est pas pleinement garanti en médecine de ville

3.1.1. Les acteurs de terrain en charge du déploiement de l'AME veillent à limiter le non-recours aux droits

Des dispositifs de proximité et d'alerte ont été mis en place pour lutter contre le non-recours aux droits et garantir l'accès des étrangers en situation irrégulière aux soins. D'une part, les CPAM multiplient les points de proximité (35 permanences à Paris par exemple) où les demandeurs peuvent bénéficier d'informations sur le dispositif. D'autre part, dans les situations les plus urgentes, notamment quand il s'agit de mineurs ou des femmes enceintes, les associations peuvent signaler aux hôpitaux par mail les situations nécessitant une prise en charge immédiate. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont permis une meilleure prise en charge de ces personnes.

Les résultats de l'enquête Premiers pas¹³ montrent que 51 % d'un échantillon d'étrangers en situation irrégulière sont bénéficiaires de l'AME. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par la non-conformité d'une partie des personnes interrogées aux critères administratifs conditionnant l'ouverture des droits à l'AME, et par le fait que nombre d'étrangers en situation irrégulière ne demandent l'ouverture de droits que lorsque leur état de santé le nécessite.

3.1.2. Dans les hôpitaux, un étranger en situation irrégulière bénéficie d'un accès inconditionnel et gratuit aux soins du panier couvert par le dispositif

Lorsqu'un étranger en situation irrégulière disposant de l'AME se présente à l'hôpital, sur présentation de sa carte de bénéficiaire, il a accès, de manière inconditionnelle et gratuite, aux urgences, à des soins programmés ainsi qu'à une consultation à condition que ces soins soient inclus dans le périmètre couvert par le dispositif.

¹³ Cf. note 12 en page 13.

S'il ne dispose pas encore de l'AME :

- ♦ en cas d'urgence dont le caractère est établi sur avis d'un médecin, il est pris en charge sur le plan médical. Par la suite, les services de l'hôpital l'aident à constituer le dossier de demande d'AME, y compris lorsqu'il est avéré que l'étranger en situation irrégulière ne remplit pas les conditions d'éligibilité. Si la CPAM statue positivement, l'hôpital enregistre au titre de l'AME les dépenses associées à ces soins. Si la décision de la CPAM est négative, l'hôpital enregistre les dépenses au titre des « soins urgents et vitaux » ;
- ♦ en l'absence d'urgence, une consultation et des soins sont programmés ultérieurement. Concomitamment, les services administratifs aident le patient à constituer le dossier de demande de l'AME et l'envoient aux services de la CPAM. Tant que les services de la CPAM n'ont pas autorisé l'ouverture des droits à l'AME, la consultation et les soins programmés ne peuvent en principe être réalisés ; l'AP-HP fait toutefois exception à ce principe en raison de l'architecture de son système informatique, ce qui engendre des dysfonctionnements significatifs.

3.1.3. Le renforcement de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière suppose en premier lieu de réduire les refus de soins en médecine de ville

Les associations, le conseil national de l'ordre de médecins et le Défenseur des droits¹⁴ ont de fortes présomptions de refus de soins en médecine de ville sans disposer de données précises sur ce sujet. La part du refus de soins dans un échantillon de 500 personnes comprenant à la fois des bénéficiaires de l'AME et de la CMU a été évaluée par Perret et al. (2019)¹⁵ à 22,0 %. Plusieurs éléments sont avancés pour expliquer ce refus de soins :

- ♦ les difficultés de communication des médecins avec les patients, dues en premier lieu à la barrière de la langue ;
- ♦ les démarches administratives relatives à l'envoi de pièces justificatives et conditionnant le remboursement des soins¹⁶ ;
- ♦ le délai pris par les CPAM pour procéder au paiement des soins (ce délai est cependant relativement limité d'après les données communiquées à la mission : de 7 à 30 jours par exemple à la CPAM de Bobigny).

Le refus de soins en médecine de ville est problématique tant pour la santé publique que pour l'efficacité de la dépense de santé. En effet, tout retard dans le recours aux soins est de nature à aggraver la santé du patient et peut conduire à une prise en charge ultérieure plus lourde. En outre, le coût budgétaire associé aux soins prodigués en médecine de ville est structurellement inférieur à ceux dispensés à l'hôpital et une prise en charge retardée peut, *in fine*, être plus onéreuse pour le système de santé.

¹⁴ Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Défenseur des droits, 2014.

¹⁵ Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019;(17-18):341-50.

¹⁶ À l'inverse de la CMU, il n'existe pas de mécanisme de compensation financière d'un supplément de coordination de 6,50 € correspondant au temps passé par le praticien à remplir ces documents.

3.2. Si la procédure d'instruction, de remise et d'utilisation de la carte d'AME a été améliorée au cours des dernières années, le risque de fraude au critère de résidence depuis plus de trois mois demeure élevé

3.2.1. Encadrée par des règles strictes, la procédure d'instruction des dossiers par les CPAM offre des garanties de célérité et de qualité de traitement des demandes

Le cadre juridique applicable précise les modalités d'instruction des dossiers de demande d'AME¹⁷. L'instruction consiste sur la base de production de pièces justificatives à vérifier le respect des trois critères : identité, durée de résidence depuis plus de trois mois, ressources inférieures à un plafond. Le spectre des pièces admises est large, la mission en a constitué une liste non-exhaustive (cf. annexe IV).

L'instruction de la demande s'articule autour de trois vérifications : (i) une éventuelle affiliation du demandeur à un régime d'assurance maladie, (ii) une éventuelle affiliation antérieure à l'AME et (iii) l'analyse des pièces justificatives. Le taux de refus de demande d'AME est stable à près de 10 % sur les trois dernières années ; le motif principal de refus concerne le critère de résidence (50 %) mais la nature des motifs est très variable selon les CPAM (à Paris, la condition de ressources est à l'origine de 70 % des refus).

L'instruction obéit à des impératifs de qualité et de célérité. Le nombre d'erreurs dans l'instruction des dossiers est limité. Le contrôle de second niveau réalisé par les services de l'agence comptable réalisé sur 10 % de l'ensemble des dossiers, met en évidence un faible taux d'erreur : les décisions prises par les deux instructions successives sont divergentes dans seulement 1 % à 1,5 % de ces dossiers. Les délais d'instruction ont fortement diminué depuis 2013. De 31 jours en 2013 et 40 en 2014, ils sont stabilisés à 25 jours depuis 2016.

La centralisation de l'instruction autour d'un « pôle national » (Paris, Bobigny et Marseille) prévue d'ici fin 2019, offrira la garantie d'un traitement harmonisé et d'économies d'échelle. L'instruction se déroulera dans les trois CPAM qui gèrent actuellement le volume de demandes le plus élevé d'une part et qui les traitent dans les délais parmi les plus courts¹⁸ d'autre part. Cette évolution permettra de généraliser les bonnes pratiques, notamment celles de la CPAM de Paris, et de corriger les mauvaises¹⁹. Cela conduira par ailleurs à limiter le « nomadisme administratif » de certains demandeurs s'appuyant sur des divergences de pratiques.

La mission considère que cette transformation risque néanmoins d'allonger à court terme les délais d'instruction. Dans cette nouvelle configuration, davantage d'acteurs vont intervenir : la CPAM de proximité collectera les dossiers pour les numériser et les envoyer à la CPAM du « pôle national » chargée de l'instruction. Aussi, l'instruction des dossiers initialement incomplets (représentant un tiers du flux) risque de s'allonger en raison des multiples aller-retours. Dans ce contexte, la mission préconise de maintenir pour 2020 un objectif de délai de 25 jours alors que le programme 183 fixe un objectif de 20 jours.

¹⁷ Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État, arrêté du 10 juillet 2009 relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'État et circulaire du 27 septembre 2005.

¹⁸ Les délais à la CPAM de Bobigny, Marseille et Paris sont respectivement de 20, 15 et 19 jours contre 25 en moyenne nationale (chiffres 2018).

¹⁹ Une mauvaise pratique pointée par le Défenseur de droits consiste à faire de l'irrégularité du séjour un critère supplémentaire pour l'ouverture des droits ; ainsi, certaine CPAM aurait exigé des demandeurs qu'ils produisent des documents prouvant cette irrégularité (obligation de quitter le territoire français). Une autre, constatée par la mission, est l'instruction sur pièces envoyées par mail au lieu de photocopies sur papier des pièces originales.

3.2.2. Les modalités de remise et d'utilisation de la carte d'AME ont été sécurisées

L'ouverture de droits donne lieu à la production d'une carte spécifique. Aux termes de l'arrêté du 10 juillet 2009 relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'État, le document attestant de l'ouverture de droits à l'AME prend la forme d'une carte imprimée sur un papier sécurisé contenu dans une pochette scellée sous plastique. Elle remplace l'attestation papier qui pouvait être dupliquée et reproduite et dont l'utilisation potentiellement frauduleuse avait été mise en exergue. L'exhaustivité des informations individuelles renseignées (photographie, nom, date de naissance, adresse, période d'ouverture de droits, organisme d'assurance maladie délivrant, code d'admission) offre des garanties de sécurité supplémentaires.

La procédure de remise de la carte apparaît également sécurisée. Seul le bénéficiaire disposant d'une pièce justifiant son identité peut retirer cette carte auprès du guichet d'accueil de la CPAM. La carte n'est jamais remise à un tiers de confiance ou à un membre de la famille.

3.2.3. Bien que la procédure d'instruction ait été améliorée, des risques de fraude subsistent, notamment sur le critère de résidence de trois mois

Le contrôle du respect des critères d'identité et de ressources a été amélioré. D'une part, le respect de la condition de ressources fait l'objet d'une attention particulière. Lorsque le demandeur indique attester sur l'honneur qu'il dispose de ressources nulles, l'instruction du dossier doit comprendre un entretien avec ce dernier pour préciser ses conditions de vie. D'autre part, les agents sont sensibilisés au risque de fraude à l'identité lorsque les dossiers sont déposés aux guichets d'accueil des CPAM : en cas de soupçons sur l'identité d'un demandeur, les agents d'accueil s'appuient sur une procédure de signalement par laquelle ils transmettent une fiche au service en charge au sein de la CPAM. Pour autant, cette procédure ne s'applique pas aux dossiers transmis par courrier (plus de 65 % du flux de demandes).

En l'état, la procédure d'instruction ne permet pas de limiter de façon satisfaisante les risques de fraude à la condition de résidence de trois mois. L'existence d'une telle fraude est pourtant confirmée par plusieurs témoignages recueillis par la mission.

En premier lieu, la vérification de l'identité du tiers attestant héberger le demandeur depuis plus de trois mois n'est pas systématique. Parmi les trois caisses du « pôle national AME », seule la CPAM des Bouches du Rhône indique procéder à la vérification de l'identité du tiers hébergeur en exigeant une copie de sa pièce d'identité en plus des justificatifs de domicile. Cette situation conduit à considérer comme valides des attestations d'hébergement émanant de personnes dont l'identité n'a pas pu être attestée par l'administration.

En deuxième lieu, il n'existe aucun mécanisme de détection des cas de multi-hébergement lors de l'instruction des dossiers. Seuls des contrôles *ex post* ont été pour l'heure réalisés dans certaines CPAM ; courant 2017, sur la base de signalements d'agents, la CPAM de Paris a initié un contrôle sur deux multi-hébergeurs ; des poursuites ont été engagées.

En troisième lieu, les agents chargés de l'instruction disposent de peu d'information sur le parcours géographique du demandeur, ce qui réduit leur capacité à vérifier la condition de résidence de trois mois. En effet, dans 25 % des dossiers d'un échantillonnage réalisé²⁰, le demandeur prouve son identité par (i) un passeport neuf de moins d'un an avant la demande et ne présentant aucun visa d'entrée sur le territoire ou par (ii) un extrait d'acte de naissance. À l'appui de la justification de résidence de trois mois, la plupart de ces dossiers présentaient une attestation d'hébergement d'un tiers. Il est probable dans ces cas que les personnes soient arrivées en France depuis moins de trois mois, aient renouvelé leur passeport auprès du consulat de leur pays afin de ne pas avoir à présenter à la CPAM un passeport portant un visa d'entrée, et aient obtenu pour compléter leur dossier un certificat d'hébergement de complaisance de la part d'un proche résidant en France ou d'une personne rémunérée.

Enfin, une part importante des cartes d'AME est retirée par le bénéficiaire dans un délai supérieur à deux mois après notification de la décision par la CPAM. Cette situation, qui concernerait 20 à 30 % des dossiers traités, soulève des interrogations : un bénéficiaire ayant besoin de soins est en théorie incité, pour en bénéficier, à retirer rapidement sa carte. Elle peut s'expliquer dans certains cas par le fait que la personne réside dans son pays d'origine et ne prévoit un retour en France et un retrait de la carte d'AME qu'en cas de besoin de soins.

3.3. Les procédures administratives de l'AME génèrent des coûts élevés pour les hôpitaux et peuvent les conduire à intégrer les dépenses associées aux soins dans d'autres postes comptables

Les relations entre les hôpitaux et les CPAM sont institutionnalisées. Des conventions d'engagements de services lient les hôpitaux et les CPAM. Généralement, elles prévoient des modules de formation sur les pièces justificatives à verser aux dossiers, sur les évolutions réglementaires relatives aux dispositifs concernant les étrangers en situation irrégulière ainsi que sur les modalités de transferts des dossiers de demande des hôpitaux vers les CPAM²¹.

3.3.1. Les procédures précisant les modalités de constitution des dossiers et les échanges avec les CPAM sont chronophages et occasionnent des coûts de gestion élevés pour les hôpitaux

Le parcours administratif des étrangers en situation irrégulière dans les hôpitaux suppose un accompagnement spécifique qu'il s'agisse de l'accueil, de l'admission administrative, de l'assistance sociale, ou de l'interprétariat.

²⁰ Cette situation s'est présentée dans 20 % des cas d'un échantillonnage de 25 dossiers comprenant uniquement des demandes d'ouverture de droits et non de renouvellement à la CPAM de Bobigny.

²¹ Par exemple, aux Hospices civils de Lyon, un dispositif permet d'adresser les dossiers les plus urgents à la CPAM du Rhône qui s'engage à répondre dans un délai inférieur à dix jours. Le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis dispose en lien avec la CPAM d'un tableau de suivi mis à jour sur une fréquence hebdomadaire permettant de consulter les décisions de refus ou le statut des dossiers incomplets.

Rapport

Trois tâches apparaissent particulièrement chronophages :

- ♦ la constitution des dossiers de demande et les échanges avec les CPAM mobilisent fortement le service social des hôpitaux : le temps moyen consacré à un dossier s'établit généralement entre 4h30 et 6h30. Ce temps est susceptible de s'allonger si le dossier concerne des ayants droits²² ou si l'assistance sociale doit réaliser elle-même certaines tâches (photographie d'identité, attestations sur l'honneur...) ;
- ♦ en cas d'incomplétude des dossiers, les aller-retours entre hôpital et CPAM peuvent être nombreux et l'instruction s'allonger puisqu'un dossier incomplet ne fait pas l'objet de traitement priorisé lorsqu'il est à nouveau présenté ;
- ♦ la facturation des soins au titre des soins urgents et vitaux: toute facturation à ce titre est conditionnée à l'obtention d'un refus d'AME et suppose de constituer un dossier de demande d'AME en premier lieu.

La mission a tenté d'estimer les coûts de gestion de l'AME et des soins urgents et vitaux. Les données transmises par le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis suggèrent que le coût administratif serait, pour cette structure, de 600 000 € en 2018. En extrapolant à l'ensemble des hôpitaux²³, la mission estime que **les coûts de gestion administrative représenteraient environ 5 % du montant total des dépenses encourues au titre de l'AME et du dispositif soins urgents et vitaux dans les hôpitaux**. Ce coût supporté apparaît d'autant plus élevé que les hôpitaux n'assurent que 10 % des demandes envoyées aux CPAM.

Tableau 3 : Estimation des coûts de gestion de l'AME par le centre hospitalier de Saint-Denis

Fonctions	Nombre de postes ²⁴	Coût annuel chargé	Coût au prorata consacré AME
Accueil/admission urgences	3	99 000	59 400
Accueil/admission maternité	6	198 000	118 800
AAH	0,5	35 000	21 000
Contrôle de gestion	0,5	19 000	11 400
Traitement facturation	1	33 000	19 800
Sous total (a)			230 400
Fonctions	Temps de travail par dossier	Coût annuel chargé	Coût au prorata consacré AME
Assistance sociale	5 heures par dossier	45 000	351 000
Interprétariat	-	60 000	20 000
Sous total (b)			371 000
Total (a+b)			601 000

Source : Mission d'après les données du centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis.

En y ajoutant les coûts supportés par la CNAM et les CPAM, le coût total de gestion de l'AME atteindrait 8 % des dépenses hospitalières encourues au titre de l'AME et des soins urgents, ce qui paraît élevé. Une comparaison avec les coûts de gestion d'autres dispositifs de guichet supposant la constitution de dossier avec pièces justificatives et leur instruction ultérieure suggère que le dispositif d'AME implique une gestion très coûteuse. À titre d'exemple, le coût de gestion du revenu de solidarité active (RSA) serait de 2 % environ²⁵ soit trois à quatre fois moins que celui de l'AME.

²² Ainsi, les photocopies de chaque page d'un passeport pour une demande d'AME concernant une personne et trois ayant droits (une famille de 4) peuvent prendre jusqu'à 45 mn de plus.

²³ Cette hypothèse paraît justifiée au regard des données collectées dans les autres hôpitaux : en effet, les coûts d'assistance sociale des autres hôpitaux sont très similaires à ceux du centre hospitalier Delafontaine et ce alors que l'assistance sociale représente plus de la moitié des coûts de gestion administrative de l'AME.

²⁴ Créés depuis 2012 hors pour la fonction « assistance sociale ».

²⁵ Selon le rapport d'activité de la caisse nationale des allocations familiales (2018).

3.3.2. La complexité des règles de facturation ne permet pas aux hôpitaux d'imputer à l'AME ou aux soins urgents l'intégralité des soins prodigués aux étrangers en situation irrégulière

La procédure de facturation obéit aux règles suivantes :

- ♦ si le patient est déjà bénéficiaire de l'AME, les soins sont facturés au titre de l'AME ;
- ♦ dans le cas contraire et s'il s'agit d'une urgence vitale, l'hôpital assure les soins et dispose d'un délai pour adresser une demande d'AME ; théoriquement fixé à huit jours, ce délai peut être étendu à un mois par convention avec la CPAM, voire jusqu'à trois mois pour le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis ;
- ♦ dans tous les cas, l'hôpital se voit appliquer les règles de facturation des soins de droit commun et ne peut facturer les soins que dans un délai de forclusion fixé à un an²⁶.

Le délai offert pour adresser les demandes d'AME après dispense des soins est insuffisant. Les hôpitaux pour lesquels ce délai a été fixé à un mois (AP-HM et Hospices civils de Lyon) considèrent qu'il devrait être assoupli. Les Hospices civils de Lyon soulignent en ce sens que près de 300 000 € de soins ont été comptabilisées en créances irrécouvrables en 2018 en raison de la présentation trop tardive du dossier de demande d'AME.

Le délai de forclusion d'un an au-delà duquel les soins ne peuvent faire l'objet de facturation ne semble pas adapté. Les dossiers incomplets, qui représentent 20 à 30 % du flux, impliquent des « aller-retours » entre hôpitaux et CPAM susceptibles d'allonger le délai entre lequel les soins ont été prodigués et le moment où la CPAM statue définitivement. Le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis estime à 10 % en 2018 le nombre de demandes d'AME sur lesquelles il n'y a pas eu de décision de refus ou d'autorisation des droits après un an d'échanges avec les CPAM ; au total dans ce centre hospitalier, 200 000 € de soins devraient être inscrits en créances irrécouvrables faute de décisions d'ouverture ou de refus sur des dossiers de demande dans un délai d'un an.

En outre, indépendamment du cas des créances irrécouvrables, la mission note que dans certains cas, les hôpitaux n'émettent pas de factures associées aux soins prodigués à des étrangers en situation irrégulière faute d'informations suffisantes (identité et adresse du patient). Par exemple pour l'AP-HP, les soins non-facturés représenteraient en 2018 jusqu'à 28,7 M€, dont au moins la moitié serait liée à des patients étrangers en situation irrégulière. Le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis estime ces montants à 360 000 € par an, dont au moins 90 % de patients étrangers.

Au total, sur la base des informations disponibles et transmises par les quatre hôpitaux et en extrapolant ces données à l'ensemble des hôpitaux, la mission estime que les dépenses d'AME et soins urgents et vitaux seraient sous-estimées d'au moins 8 %, dont 4 % inscrits en créances irrécouvrables et 4 % correspondant à des soins qui n'ont jamais fait l'objet de facturations. Cette estimation, très préliminaire²⁷, procède d'une extrapolation à l'ensemble des hôpitaux français des données transmises par quatre établissements hospitaliers (Hospices civils de Lyon, Assistance publique des hôpitaux de Marseille, Assistance publique des hôpitaux de Paris et centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis).

²⁶ Circulaire n° DSS/1A/DGOS/R1/2012/240 du 18 juin 2012 fixant à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'Assurance maladie en application de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale.

²⁷ La validité de l'extrapolation est limitée par des difficultés à retracer *ex post* la situation administrative des patients dont les soins n'ont pas fait l'objet d'émission de titres ou ont été imputés en créances irrécouvrables.

4. Les propositions de la mission se concentrent sur la sécurisation du dispositif, pour moins de fraudes et abus, et son optimisation, pour moins de renoncement aux soins et de coûts de gestion

Les propositions de la mission présentées dans cette quatrième partie découlent des analyses présentées dans les parties précédentes ; elles sont également le fruit d'échanges avec les gestionnaires des dispositifs AME et soins urgents des caisses primaires d'assurance maladie et hôpitaux de quatre départements et avec des professionnels de santé.

La mission écarte tout d'abord quatre scénarios qui lui semblent soit peu compatibles avec les principes fondateurs de l'AME (réduction du panier de soins, mise à contribution financière des bénéficiaires), soit difficilement faisables à court ou moyen terme (convergence avec les autres pays européens, extension de la PUMa aux étrangers en situation irrégulière).

La mission propose ensuite une série de mesures visant à lutter de façon volontaire et visible contre la fraude à l'AME et contre les usages abusifs des dispositifs de l'AME, des soins urgents et de la demande d'asile.

La mission fait enfin quelques recommandations pour améliorer l'efficacité du dispositif (garantie d'un accès effectif aux soins pour les bénéficiaires) et son efficience (diminution des coûts de gestion).

4.1. La mission recommande d'envisager avec prudence toute évolution de l'AME qui aurait pour effet d'augmenter le renoncement aux soins et de dégrader l'état de santé des populations concernées

4.1.1. Une réduction du panier de soins de l'AME paraît peu pertinente, y compris dans une perspective de diminution de la dépense publique

Le panier de soins de l'AME est aujourd'hui réduit par rapport à celui des assurés sociaux (cf. 1.1.1). Cette réduction ne concerne pas de prestations cruciales sur le plan sanitaire et social – exception faite de la non-prise en charge de la part complémentaire pour les dispositifs optiques, les prothèses dentaires et les audioprothèses.

Par ailleurs, d'après les statistiques de l'Assurance maladie, **les bénéficiaires de l'AME consommeraient moins de médicaments « de confort » que la population générale** : c'est par exemple le cas des médicaments contre le rhume et la toux (- 6 %), des médicaments contre les troubles digestifs (- 19 %) et des anti-acnéiques (- 42 %).

Si l'on envisageait de réduire le panier de soins, les trois pistes suivantes semblent les plus simples à mettre en œuvre en raison du caractère délimitable des prestations visées :

- ♦ **un retrait des médicaments à faible service médical rendu pris en charge à 30 % pour les assurés sociaux (7 M€ de dépenses en 2018)** : ces médicaments, qui ne sont pas tous des médicaments « de confort », incluent par exemple l'Econazole contre la candidose (pathologie contagieuse), l'Ofev contre la fibrose pulmonaire idiopathique ou certains traitements contre les troubles digestifs. Le retrait de ces médicaments du panier de soins de l'AME pourrait constituer un risque de santé publique et aboutir à la prescription de médicaments plus chers ou à l'aggravation de l'état de santé des personnes concernées ;

- ♦ **un retrait des consultations et actes techniques pratiqués par les auxiliaires médicaux (15 M€ de dépenses en 2018)** : il s'agit par exemple d'actes infirmiers dans un suivi post-hospitalisation, de kinésithérapie respiratoire, de rééducation ou de la prise en charge des polypathologies invalidantes. Le retrait « en bloc » de ces prestations du panier de soins de l'AME pourrait s'avérer problématique sur le plan sanitaire et conduire *in fine* à des reports sur les soins hospitaliers, plus onéreux ;
- ♦ **un retrait du transport sanitaire (13 M€ de dépenses en 2018)** : il pourrait générer dans certains cas un report ou un renoncement aux soins, soulevant de ce fait des enjeux sanitaires difficiles à évaluer.

Au total, chacune de ces pistes peut présenter des risques non négligeables pour la santé publique et pourrait en outre être contreproductive dans une optique d'efficience de la dépense publique (retard de soins menant à une aggravation de l'état de santé et/ou report sur des soins plus coûteux, notamment hospitaliers). **N'ayant pas été en mesure de chiffrer ces effets de façon précise, la mission ne recommande aucune restriction supplémentaire du panier de soins.**

4.1.2. Une mise à contribution des bénéficiaires pourrait être envisagée sous forme d'un ticket modérateur très modique, mais ce serait une mesure symbolique

La question de la mise à contribution financière des bénéficiaires de l'AME revient régulièrement dans les débats sur l'AME, selon deux modalités bien distinctes : un droit d'entrée (paiement obligatoire d'une somme déterminée pour l'ouverture des droits à l'AME) ou un ticket modérateur (paiement d'un pourcentage de la dépense pour certaines prestations).

Pour ce qui est du droit d'entrée, l'expérience de la mise en place d'un droit d'entrée de 30 € en 2011 incite à une grande prudence.

L'effet immédiat de la mesure, observé dans les courbes, est un infléchissement du nombre de bénéficiaires de l'AME à fin 2011 et un ralentissement de la croissance de la dépense totale d'AME en 2012 ; ce ralentissement procède d'une faible baisse (- 2,5 %) de la dépense d'AME de droit commun, qui est plus que compensée par une forte hausse (+ 33,3 %) de la dépense de soins urgents. La suppression du droit de timbre en 2012 a conduit à un rebond de la dépense totale d'AME, laquelle a connu sa plus forte hausse historique entre 2012 et 2013 (+ 16,7 %) et atteint un niveau plus élevé que celui qu'elle aurait atteint tendanciellement sans l'introduction d'un droit d'entrée.

Il a, par ailleurs, été rapporté à la mission que les hôpitaux payaient souvent le droit d'entrée à la place de leurs patients pour ouvrir des droits qui leur permettraient de facturer les soins. Les caisses primaires d'assurance maladie, qui ne sont pas outillées pour percevoir des paiements d'usagers, ont souligné également l'inadaptation de la mesure.

Pour ces raisons, la mission ne recommande pas l'introduction d'un droit d'entrée à l'AME.

Pour ce qui est du ticket modérateur, la mission considère que sa mise en place pourrait être envisagée si le pourcentage en était très modique.

L'analyse comparative européenne montre qu'un ticket modérateur est dû par les étrangers en situation irrégulière en Espagne (pour les médicaments uniquement) et en Suède (pour les consultations, environ 5 €). Un ticket modérateur pour cette population en situation de grande précarité devrait rester très modique. Le niveau retenu pourrait par exemple être celui de la participation forfaitaire applicable aux assurés sociaux (1 € par consultation et 0,50 € par boîte de médicaments) ; il ne devrait en tout état de cause pas dépasser quelques euros par consultation et un euro par médicament délivré. Cette somme serait à régler directement aux professionnels de santé.

Si l'exemple des pays étrangers montre que cette solution est envisageable, elle induit un risque de renoncement aux soins et de report de la médecine de ville vers les soins hospitaliers, plus chers. Cette mesure pourrait donc s'avérer peu efficace tant du point de vue sanitaire que de celui de la dépense publique.

Dans ces conditions et faute de modélisations économiques disponibles à ce jour, on ne peut considérer l'introduction d'un ticket modérateur comme une mesure de rendement budgétaire. Potentiellement coûteuse en gestion, cette mesure visant à faire contribuer, à hauteur de leurs moyens, les étrangers en situation irrégulière au financement du système de santé ne pourrait être que de nature symbolique.

4.1.3. Une convergence avec les dispositifs en vigueur chez nos voisins européens supposerait une reconfiguration trop profonde du système de santé pour être une perspective crédible à court ou moyen terme

La mission s'est efforcée de proposer un scénario d'alignement de la France sur ses voisins européens, en s'inspirant principalement des cas allemands, italiens et suédois. Un tel alignement est rendu complexe par la spécificité du système français, très centralisé contrairement à l'intégralité des systèmes de santé étrangers étudiés (à l'exception du Royaume-Uni) et basé sur une logique d'ouverture de droits et de panier de soins, assez éloignée de la logique de parcours de soins observée chez nos voisins européens.

Dans ce scénario, la définition des soins urgents serait resserrée par la loi et précisée réglementairement en s'inspirant de la définition des « maladies et douleurs aiguës » utilisée en Allemagne. Les soins urgents seraient ouverts à tous les étrangers en situation irrégulière, quelle que soit leur durée de résidence sur le territoire, de façon inconditionnelle et gratuite. Ils seraient entièrement compensés par l'État à l'Assurance maladie.

Pour tous les autres soins, un parcours *ad hoc* serait défini pour les étrangers en situation irrégulière : ils devraient se présenter à un centre de soins géré ou agréé par la CPAM. Celui-ci les orienterait alors si besoin vers d'autres prestataires de soins, dans une logique de parcours de soin coordonné. Les soins seraient octroyés au cas par cas, dans une logique d'accord préalable, selon des critères qui devraient être déterminés par le législateur et qui pourraient inclure notamment :

- ♦ la résidence stable en France et le niveau des revenus (cf. procédure actuelle AME) ;
- ♦ la disponibilité d'un traitement dans le pays d'origine²⁸ : une personne ne pourrait bénéficier gratuitement en France d'un traitement non-urgent considéré comme disponible dans son pays d'origine.

Ce scénario suppose le **déploiement rapide d'un réseau de centres de soins gérés ou agréés par les CPAM**, qui seraient les référents obligatoires pour toute consultation non-urgente d'un bénéficiaire de l'AME.

Ce scénario suppose également de **conférer aux médecins un rôle de « gatekeepers » du système de soins**, d'une part au moment de décider du caractère urgent d'un traitement, d'autre part au moment de statuer sur l'octroi d'un traitement non-urgent. Les médecins pourraient alors se trouver en situation de conflits entre éthique professionnelle et respect de la loi. Une obligation de collégialité pour toute décision supérieure à un certain montant pourrait faciliter la mise en pratique de ce nouveau rôle.

²⁸ Cette condition est au centre de la décision d'octroi de titres de séjour « étranger malade » par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

Ce scénario suppose un **remboursement intégral des soins urgents à l'Assurance maladie** par l'État, ce qui génèrerait une augmentation du coût État de l'AME de l'ordre de 30 M€ (part non-compensée des soins urgents en 2018).

Pour ces raisons, **la mission considère que ce scénario d'alignement n'est pas faisable à court ou moyen terme.**

4.1.4. Une extension de la PUMa aux étrangers en situation irrégulière semble difficilement acceptable

Le rapport IGF/IGAS de 2010 proposait une extension de la CMU (devenue la PUMa) et de la CMU-C (devenue la complémentaire santé solidaire, CSS) aux étrangers en situation irrégulière et, à défaut, une « harmonisation rapide des pratiques administratives ». La mission a donc inclus parmi les scénarios étudiés une extension de la PUMa et de la CSS aux étrangers en situation irrégulière.

Cette extension présente l'avantage de simplifier radicalement la gestion du dispositif, gestion particulièrement lourde et onéreuse aujourd'hui pour l'Assurance maladie et pour les prestataires de soins (cf. 3.3.1 et 3.1.3). À supposer qu'un délai de carence de trois mois soit instauré pour l'ouverture des droits PUMa, les modalités concrètes de protection santé des étrangers en situation irrégulière ne changeraient pas fondamentalement puisque le panier de soins de l'AME est proche de celui des assurés sociaux. Le principal surcroît de dépense concernerait les lunettes, audioprothèses et prothèses dentaires, qui seraient prises en charge intégralement alors qu'elles ne le sont aujourd'hui qu'à hauteur de la part obligatoire.

Cette extension présente en revanche un certain nombre de difficultés sérieuses :

- ◆ le suivi de la dépense par le Parlement et sa compensation par l'État (à moins d'un transfert intégral à la Sécurité sociale du budget de la protection santé des non-assurés sociaux) pourraient être complexifiés ;
- ◆ l'extension de la CSS à des non-assurés sociaux poserait nécessairement question puisqu'elle mettrait principalement à contribution les complémentaires santé ;
- ◆ toutes les mesures introduites depuis 1999 pour réduire le panier de soins de l'AME vis-à-vis de celui des assurés sociaux seraient *ipso facto* abrogées, ce qui pose la question de l'acceptabilité politique de la mesure ;
- ◆ des cartes Vitale seraient distribuées à des personnes dont l'état civil n'est pas fiabilisé, ce qui pour la CNAM semble constituer un obstacle majeur.

Plus fondamentalement, cette solution impliquerait de faire coexister au sein de la PUMa des bénéficiaires qui ne rempliraient ni la condition de régularité de présence sur le territoire, ni celle de contribution au financement de la Sécurité sociale, fondements du dispositif.

Toutes ces questions se posent déjà aujourd'hui pour les demandeurs d'asile (cf. 4.2.5). Vu leur sensibilité et la volonté des commanditaires d'aller vers une plus grande maîtrise de la dépense de protection santé des étrangers en situation irrégulière, **la mission a jugé que ce scénario d'extension de la PUMa aux étrangers en situation irrégulière n'était pas réaliste.**

4.2. La mission considère comme une priorité la lutte contre la fraude et les abus, qui fragilisent l'acceptabilité du dispositif et mettent en tension le système de santé

4.2.1. Entre l'Assurance maladie, le ministère de l'intérieur et le ministère des affaires étrangères, la communication des informations relatives au statut des demandeurs de l'AME doit être systématique et réciproque

Actuellement, les agents chargés de l'instruction ne disposent pas d'informations suffisantes sur le parcours géographique des demandeurs ce qui réduit leur capacité à vérifier la condition de résidence de trois mois. Cette situation est d'autant plus préjudiciable qu'il peut leur arriver de soupçonner une fraude (exemple des passeports neufs, cf. 3.2.3) sans être en mesure de l'objectiver et de bloquer l'instruction.

Pour limiter les risques de fraude à la résidence, la mission préconise un contrôle approfondi des dossiers ne présentant aucun passeport à l'appui de la preuve d'identité ou un passeport neuf (moins d'un an) sans visa :

- ♦ dès fin 2019, en demandant systématiquement aux consulats des pays d'origine des informations sur les visas octroyés ; cette bonne pratique est mise en œuvre aujourd'hui par les CPAM de Marseille et Paris pour les dossiers de demandes ne présentant qu'un extrait d'acte de naissance. Elle semble efficace puisque les consulats répondent dans 80 % des cas ;
- ♦ dès que sera effectif l'accès des CPAM à VISABIO²⁹, la base de données du ministère des Affaires étrangères recensant les dates d'octroi de visas, et au plus tard courant 2021, de systématiser la requête de cette base.

Pour prévenir les allers-retours de bénéficiaires de l'AME vers leur pays d'origine après dépôt de leur demande d'ouverture des droits, **la mission préconise d'imposer pour le retrait de la carte d'AME un délai de deux mois après notification de la décision de la CPAM ; au-delà des deux mois, la carte serait détruite et les droits clos.**

Pour dissuader les personnes souhaitant bénéficier frauduleusement de l'AME tout en résidant hors de France, **la mission propose également d'empêcher la délivrance de visas à ces personnes par les consulats ou, dans le cas de pays sans visa, d'empêcher leur admission sur le territoire par la police aux frontières.** Pour ce faire, la CNAM devra mettre à disposition des ministères de l'intérieur et des affaires étrangères un fichier des bénéficiaires présents et passés de l'AME. Cette interdiction de délivrance pourra être étendue aux personnes ayant des impayés hospitaliers en France, sur le modèle de ce qui est déjà pratiqué par l'AP-HM à Marseille, moyennant la constitution d'un fichier centralisé des impayés hospitaliers.

²⁹ Dont le déploiement est envisagé dans les deux ans à venir.

4.2.2. La détection des fraudes par les CPAM doit être renforcée dès le stade de l'instruction, notamment en ce qui concerne les multi-hébergeurs

Les modalités d'instruction ne permettent pas, en l'état, de limiter les risques de fraude sur la condition de résidence de trois mois (cf. 3.2.3). La mission préconise de renforcer fortement les modalités de contrôle lorsque la preuve présentée à l'appui de la permanence de résidence est une attestation sur l'honneur d'un particulier. En conséquence, la mission propose de :

- ♦ **demander systématiquement la pièce d'identité de son tiers hébergeur** à l'appui de l'attestation d'hébergement ; cette pratique existe déjà à la CPAM de Marseille et devrait être généralisée à toutes les caisses du « pôle national » ;
- ♦ **mettre en place un système de détection des particuliers multi-hébergeurs :**
 - une solution de premier rang consisterait à conditionner la poursuite de l'instruction des demandes à un entretien avec ce tiers s'il déclare déjà héberger deux bénéficiaires ; la détection de ce type de situations supposerait d'ajouter au logiciel d'instruction « Portail d'aide médicale d'État » un module spécifique ;
 - une solution de second rang consisterait à mener dans chaque CPAM un contrôle ex post une fois par an sur les multi-hébergeurs sur le modèle du contrôle réalisé par la CPAM de Paris en 2017 ; en cas d'absence d'hébergement par le tiers déclarant héberger, les droits des bénéficiaires seraient clos ;
 - dans les deux cas, des poursuites pénales pour faux et usage de faux (article 441-1 du code pénal) pourraient être engagées contre l'hébergeur fictif et le demandeur.

En outre, la mission préconise de renforcer le critère de ressources et son contrôle de trois manières :

- ♦ prendre en compte le revenu du partenaire de PACS ou concubin en situation régulière, contrairement à ce que prévoit la circulaire DSS/2A n° 2011-351 du 8 septembre 2011 ;
- ♦ actuellement, seuls les dossiers présentant une déclaration de ressources nulles donnent suite à un entretien destiné à préciser les conditions de vie du demandeur. La mission propose d'étendre cette obligation à l'ensemble des dossiers présentant des ressources mensuelles déclarées jusqu'à 100 € (le seuil de 50 € est appliqué par la CPAM de Marseille) ;
- ♦ par ailleurs, la mission propose que dans le cas où un demandeur est connu de la base de données VISABIO et a donc bénéficié d'un visa dans le passé, une demande d'information soit systématiquement transmise au consulat français pour connaître les revenus déclarés par cette personne dans le cadre de sa demande de visa ; à terme, la demande d'information pourrait être économisée si l'information sur les revenus était intégrée systématiquement à la base VISABIO.

4.2.3. L'intervention du contrôle médical de l'Assurance maladie et l'introduction du dossier médical partagé doivent permettre une juste prescription des soins aux bénéficiaires de l'AME

L'Assurance maladie est à ce jour un opérateur pour le compte de l'État du fait du statut dérogatoire de l'AME, dépense réglée par la solidarité nationale. Néanmoins, le contrôle médical de l'Assurance maladie est compétent (article L.315-1 du CSS) en matière d'AME et de soins urgents. La mission constate toutefois qu'il n'est pas opérationnel et qu'un volume conséquent de soins échappe ainsi à tout contrôle médical tant en ville qu'à l'hôpital. Elle propose donc que ce contrôle médical soit activé. En matière de soins hospitaliers cela permettrait un contrôle de conformité et de codage (contrôle T2A notamment) des soins délivrés dans le cadre de ces deux dispositifs.

Par ailleurs, du fait de l'absence de carte vitale, les médecins ne disposent pas de l'accès aux données de suivi de prescriptions et à l'historique des remboursements. Un tel accès permettrait d'éviter les redondances, le nomadisme ou les incompatibilités de plusieurs traitements prescrits par des professionnels différents ; il limiterait en particulier les abus présumés de prescriptions des traitements de substitution aux opiacés.

Aussi, la mission préconise, outre la délivrance d'une carte à puce, de type carte Vitale, aux bénéficiaires de l'AME (cf. 4.3.2), l'ouverture obligatoire pour chacun d'entre eux, d'un dossier médical partagé (DMP) afin d'améliorer cette prise en charge.

4.2.4. La dispensation de certains soins programmés non-essentiels pourrait être conditionnée à une durée de séjour sur le territoire supérieure à un an

La mission propose de mettre en place une procédure spécifique pour la dispensation aux bénéficiaires de l'AME de certains soins programmés non-essentiels, c'est-à-dire concernant des pathologies n'engageant pas le pronostic vital. La liste des soins ainsi désignés devrait être établie réglementairement ; elle pourrait inclure la chirurgie orthopédique non traumatique, la chirurgie du cristallin et la chirurgie bariatrique,

La dispensation de ces soins ne serait possible qu'à partir de neuf mois après l'ouverture des droits à l'AME. Une demande de dérogation pourrait être faite par le bénéficiaire ; elle serait alors examinée et octroyée au cas par cas par le service médical de l'assurance maladie au regard du critère d'urgence des soins.

La mission estime que le volume financier représenté par les actes visés est probablement faible. À titre d'exemple, la chirurgie du cristallin pour les bénéficiaires de l'AME représentait en 2018 une dépense de 1,5 M€ pour les hôpitaux publics (hors tarifs journaliers de prestation). Le coût de mise en place de la procédure devrait également être modeste : il s'agit essentiellement d'activer le contrôle médical de l'assurance maladie, déjà compétent en matière d'AME et de soins urgents (cf. 4.2.3).

4.2.5. Une évolution du régime de protection santé des demandeurs d'asile, qui bénéficierait aujourd'hui de la PUMa, augmenterait la cohérence du dispositif de l'AME et entraverait certains abus

Les demandeurs d'asile bénéficient aujourd'hui de la PUMa dès le dépôt de leur demande d'asile et au moins douze mois après le rejet de leur demande. Dans les faits, le délai de douze mois ne court qu'à partir du non-renouvellement de la PUMa à sa date d'échéance ; un demandeur qui serait débouté du droit d'asile juste après avoir renouvelé ses droits garderait donc le bénéfice de la PUMa pendant 24 mois.

La croissance rapide du nombre des demandes d'asile et notamment en provenance de pays sûrs, parmi lesquels l'Albanie et la Géorgie, crée une pression sur le système de santé et pose la question du dévoiement du dispositif de demande d'asile par des étrangers qui souhaiteraient uniquement bénéficier de soins gratuits en France. Des cas de ce type ont été signalés à plusieurs reprises à la mission par des professionnels médicaux hospitaliers.

Une solution serait d'étendre l'AME aux demandeurs d'asile. Cette extension semble faisable juridiquement (l'Allemagne et la Suède, par exemple, offrent la même protection santé aux demandeurs d'asile et aux étrangers en situation irrégulière). Elle permettrait :

- ♦ de diminuer l'attractivité relative de la France, en raison du panier (symboliquement) réduit de l'AME et de l'application d'une condition de trois mois de résidence, tout en continuant à protéger la santé des personnes concernées ;
- ♦ d'améliorer la cohérence du dispositif de couverture santé des étrangers en situation irrégulière : les demandeurs d'asile ne contribuant pas plus au financement du système de santé que les étrangers en situation irrégulière, le coût de leur protection ne devrait pas logiquement être pris en charge par l'Assurance maladie ;
- ♦ d'éviter d'avoir à instruire un changement de statut pour la majorité de demandeurs d'asile dont la demande est rejetée ;
- ♦ d'offrir au Parlement une vision globale du coût de la prise en charge des non-assurés sociaux.

Elle augmenterait cependant le coût budgétaire de l'AME d'un montant important (supérieur à 200 M€ d'après les estimations de la mission) et renforcerait le dynamisme de la dépense.

Une solution alternative, moins disruptive, serait de maintenir la PUMa pour les demandeurs d'asiles en introduisant un délai de carence de trois mois pour l'ouverture des droits à compter de la date de dépôt de la demande d'asile, et en réduisant de douze à trois mois la durée de maintien des droits après rejet de cette demande. Un délai de carence de trois mois est déjà pratiqué pour les ressortissants français de retour d'expatriation et dépourvus de protection sociale.

4.2.6. Un renforcement de la coopération en matière de santé avec les principaux pays d'origine des migrants contribuerait à protéger notre système de santé tout en évitant des migrations inutiles et coûteuses

Si la lutte contre la fraude au dispositif AME et contre l'abus du dispositif de demande d'asile peut permettre de diminuer la pression exercée par les migrations sur notre système de santé, elle ne permet pas de résoudre le problème posé par des étrangers atteints de pathologies graves (insuffisance rénale, cancers, diabète) choisissant de migrer en France pour bénéficier de soins. En effet, même en l'absence d'une couverture AME ou PUMa ces personnes seraient nécessairement prises en charge par le système de santé au titre des soins urgents et vitaux.

La mission estime que la seule solution pour traiter ces difficultés est de renforcer la coopération en matière de santé avec les pays d'origine de ces migrants.

Parmi les principaux pays d'origine des migrants, certains (Algérie, Tunisie, Maroc) ont des liens historiques de coopération avec la France en matière de santé. Nombreux sont leurs médecins ou professionnels de santé qui ont été formés et ont pratiqué en France, et qui, installés dans leur pays d'origine, conservent des liens actifs avec les services hospitaliers qui les ont formés.

Cette situation n'empêche pas que des ressortissants de ces pays choisissent de migrer en France pour obtenir des soins qu'ils estiment de meilleure qualité : l'AP-HP a signalé à la mission plusieurs cas de patients s'étant adressés à des hôpitaux français bien que correctement suivis dans leur pays d'origine ; pour certains de ces patients, la migration en France constitue pourtant un risque supérieur à l'administration de soins dans leur pays de résidence, voire les fait aboutir dans des services de soins palliatifs, loin de leurs proches, en plus de peser inutilement sur le système de soins français.

Concrètement, la mission préconise d'expérimenter avec les principaux pays d'origine des migrants la mise en place de protocoles visant :

- ♦ à soutenir conjointement des programmes d'équipement et de formation visant à accroître les capacités de soins disponibles localement ;
- ♦ à dissuader leurs ressortissants de s'adresser à des hôpitaux français dès lors que le déplacement présente un risque supérieur à l'administration de soins dans leur pays de résidence ;
- ♦ à faciliter le rapatriement volontaire de leurs ressortissants une fois établi que le motif de leur migration est l'obtention de soins qu'ils peuvent obtenir dans leur pays d'origine ;
- ♦ à défaut, à obtenir le remboursement des soins dispensés à leurs ressortissants.

En complément de cette approche de coopération il convient de renforcer la répression des trafics organisés afin de remédier aux filières d'accès aux soins en France de ressortissants de pays n'ayant pas besoin de visas pour séjourner en France. En dernier ressort, réinstaurer au niveau de l'Union Européenne, un visa obligatoire pour ces ressortissants entraverait l'activité de ces filières.

4.3. La mission recommande plusieurs aménagements du dispositif ayant pour objectifs la diminution des renoncements ou refus de soins et la diminution des coûts de gestion

4.3.1. Une simplification des procédures de facturation des soins hospitaliers aux étrangers en situation irrégulière permettrait de réduire les coûts de gestion et d'atténuer le poids de ces soins sur les comptes des hôpitaux

Considérant que la complexité des procédures occasionne des coûts de gestion très élevés pour les hôpitaux, **la mission préconise de ne plus conditionner la facturation des soins au titre du dispositif de soins urgents et vitaux, à l'obtention d'un refus de demande d'AME.**

En pratique, les services de l'hôpital (considérés par les CPAM comme des « tiers de confiance ») pourraient attester sur l'honneur qu'il n'existe aucun élément permettant de constituer un dossier d'AME et d'obtenir avec des chances raisonnables l'ouverture de droits en particulier l'absence de preuve sur la résidence de trois mois sur le territoire. Cette nouvelle procédure pourrait faire l'objet d'une expérimentation, par exemple, au centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis et à l'AP-HM, avec évaluation un an après sa mise en œuvre dans la perspective d'une éventuelle généralisation à l'ensemble des hôpitaux.

En outre, les règles de facturation actuelles ne permettent pas aux hôpitaux de respecter pleinement les impératifs de sincérité budgétaire et aggrave le déficit global des hôpitaux. En l'état, les délais qu'elles imposent sont insuffisants compte tenu notamment du temps nécessaire pour constituer les dossiers ou pour statuer sur les dossiers incomplets. *De facto*, elles conduisent les hôpitaux à imputer ces dépenses à des postes de créances irrécouvrables ou à ne pas émettre de titre de facture associée à ces soins, creusant ainsi le déficit hospitalier.

Pour y remédier, la mission recommande :

- ♦ d'assurer une communication systématique aux hôpitaux des décisions des CPAM sur les demandes d'ouvertures de droits afin d'éviter de retarder la facturation ou de faire passer en créances irrécouvrables les dépenses associées aux soins ;
- ♦ de fixer à trois mois le délai de rétroactivité pour la prise en charge des soins (délai maximum entre la date de la prestation de soins et la date de la demande d'ouverture de l'AME) dans l'ensemble des hôpitaux sur le modèle de la convention passée entre le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis et de la CPAM de Bobigny ;
- ♦ d'étendre le délai de forclusion d'un à deux ans pour les patients qui ont bénéficié une demande d'ouverture des droits d'AME ; ceci implique d'introduire une dérogation aux dispositions de l'article L162-25 du code de santé sociale.

4.3.2. L'alignement du parcours de soins des bénéficiaires de l'AME sur celui des assurés sociaux permettrait de diminuer la fréquence des refus de soins

L'existence de refus de soins en médecine de ville apparaît préjudiciable tant sur le plan de la santé du patient que sur le plan budgétaire. Pour autant, la fréquence et les motifs réels de ces refus de soins sont insuffisamment documentés.

En conséquence, la mission préconise d'aligner autant que possible le parcours de soins des bénéficiaires de l'AME sur celui des assurés sociaux. Ceci implique :

- ♦ d'étendre l'obligation de déclaration du médecin traitant aux bénéficiaires de l'AME ;
- ♦ d'étendre le bénéfice du forfait patientèle médecin traitant (« FPMT »), défini à l'article 15.4.1 de la convention nationale des médecins, aux bénéficiaires de l'AME afin de faciliter la prise en charge de ces patients par la médecine ambulatoire.
- ♦ de développer un suivi qualitatif et quantitatif des bénéficiaires de l'AME sur le modèle de ceux de la CMU-C sur le fondement de la circulaire 33/2008 du 30 juin 2008. L'objectif serait de mieux connaître la prévalence du refus de soins et d'en évaluer les motifs ;
- ♦ de transformer à terme la carte AME en une carte à puce de type carte Vitale permettant la télétransmission et le suivi des prescriptions et consommations pharmaceutiques ; de façon transitoire, ou à défaut de pousser aussi loin que possible la dématérialisation « en mode dégradé » (consultation de l'appliquet ADRi sur Sesame-vitale par le professionnel de santé).

4.3.3. Une visite de prévention lors de l'ouverture des droits permettrait de mieux connaître l'état de santé des étrangers en situation irrégulière et de minimiser le coût de leurs soins par une prise en charge précoce

Bien que plusieurs études et rapports aient souligné l'importance d'une meilleure connaissance de l'état de santé des étrangers en situation irrégulière à des fins de santé publique et de pilotage de la dépense publique, cet état de santé n'est aujourd'hui connu qu'à travers leurs dépenses de soins.

Proposé par le rapport IGF/IGAS de 2007, une expérimentation a eu lieu dans les CPAM de Paris et de Bobigny de 2010 à 2014. Elle a donné lieu en février 2014 à un rapport d'évaluation commandité par le Ministère de la Santé à un prestataire externe. Ce rapport est resté confidentiel et n'a notamment pas été communiqué aux deux CPAM expérimentatrices. L'expérimentation a été interrompue en septembre 2014.

La mission propose de mettre en place une visite médicale de prévention proposée aux nouveaux bénéficiaires systématiquement lors du retrait de la carte AME à l'accueil d'une CPAM. La mise en place serait progressive et commencerait par les deux départements ayant déjà expérimenté cette visite de prévention : Paris et Seine-Saint-Denis. La visite pourrait être faite auprès de professionnels de santé conventionnés (médecine de ville ou hospitalière), de centres de santé ou de l'un des 85 centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Elle permettrait la détection précoce des infections et autres troubles de santé, prévenant leur aggravation (et leur transmission dans le cas des infections contagieuses) et diminuant ainsi *a priori* la dépense de soins globale.

Le coût de cette visite a été estimé par le rapport d'évaluation de 2014 à 300 €. En supposant que seule la moitié des primo-bénéficiaires se rendent à cette visite (soit 110 000 personnes en 2019), **la dépense s'élèverait à 15 M€ environ.** Un tel investissement paraît pertinent au regard de la réduction des coûts de séjours hospitaliers évités et de son bénéfice sanitaire pour les intéressés et la population générale.

CONCLUSION

Sur la base de son travail d'analyse de données et de revue des processus, la mission :

- ◆ confirme la validité des trois grands fondements sur lesquels reposent les dispositifs de l'AME et des soins urgents, à savoir un principe d'humanité, un objectif de santé publique et un objectif de pertinence de la dépense publique ;
- ◆ rappelle que l'AME n'est pas un outil de politique migratoire : si la couverture santé offerte aux étrangers en situation irrégulière participe sans doute de l'attractivité de notre pays pour les migrants, la volonté de réduire cette attractivité ne saurait justifier une restriction du dispositif en dehors des cas de fraude et d'usages abusifs ;
- ◆ énonce quatorze propositions qui portent sur la sécurisation du dispositif, pour limiter la fraude et les usages abusifs, et sur son amélioration, pour garantir un accès plus précoce aux soins et maîtriser les coûts de gestion. Ces propositions sont résumées dans le tableau 1 (cf. synthèse, page 4).

À Paris, le 31/10/2019

L'inspecteur des finances



Jérôme Saulière

L'inspectrice générale des affaires sociales



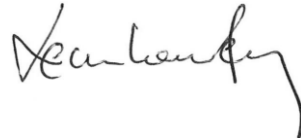
Fabienne Bartoli

L'inspecteur des finances



Christophe Hemous

L'inspecteur général des affaires sociales



Jean-Louis Rey

Sous la supervision de
l'inspecteur général des finances



Jean-Yves Latournerie

L'inspecteur général des affaires sociales



Dr Francis Fellingner

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I :	ANALYSE DU DROIT APPLICABLE À L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT
ANNEXE II :	COMPARAISON EUROPÉENNE
ANNEXE III :	ANALYSE DES DONNÉES DISPONIBLES SUR L'AME ET LES SOINS URGENTS
ANNEXE IV :	ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AME
ANNEXE V :	REVUE DE LITTÉRATURE
ANNEXE VI :	PERSONNES RENCONTRÉES
ANNEXE VII :	SUIVI DES RECOMMANDATIONS DES PRÉCÉDENTS RAPPORTS
ANNEXE VIII :	LETTRE DE MISSION

ANNEXE I

Analyse du droit applicable à l'aide médicale d'État

SOMMAIRE

1. LES SOURCES DE DROIT INTERNATIONALES	1
1.1. La Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels	1
1.1.1. Article 12 : droit à la santé.....	1
1.1.2. Article 9 : droit à la sécurité sociale.....	3
1.1.3. Article 2 : non-discrimination.....	3
1.2. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.....	4
1.3. La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	6
2. LES SOURCES DE DROIT EUROPÉENNES	7
2.1. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.....	7
2.2. La Convention européenne des droits de l'homme	7
2.2.1. Article 2 : droit à la vie.....	7
2.2.2. Article 3 : interdiction de la torture.....	8
2.3. La Charte sociale européenne	9
3. LES SOURCES DE DROIT NATIONALES.....	12
3.1. La jurisprudence du Conseil constitutionnel.....	12
3.2. La jurisprudence du juge administratif.....	13

1. Les sources de droit internationales

La France est liée par ses engagements internationaux notamment européens qui lui imposent de respecter un socle minimal de prise en charge des besoins de santé des personnes, y compris présentes irrégulièrement sur le territoire.

1.1. La Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels

La Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels ou Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966 a été ratifiée par la France le 4 novembre 1980. **Elle est juridiquement contraignante.**

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies examine le respect du PIDESC par les États parties et en précise l'interprétation dans ses commentaires lesquels ne sont toutefois pas juridiquement contraignants.

Comme détaillé dans les sections 1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3 ci-dessous, le PIDESC engage les États parties à **fournir dans une certaine mesure des services de santé pour les migrants non enregistrés**. Le périmètre de ces services n'est pas précisé mais ils incluent ***a minima* les traitements d'urgence et la protection des enfants**. Les services de santé du secteur primaire devraient également, d'après l'interprétation que fait le Comité de la Convention, être ouverts aux migrants en situation irrégulière. En revanche, **ni la Convention ni les commentaires du Comité ne permettent de statuer si les services de santé devraient être fournis gratuitement, la seule exigence étant que l'accès à ces services soit abordable et non-discriminatoire.**

1.1.1. Article 12 : droit à la santé

En vertu de l'article 12 de la Convention :

« Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

- a) La diminution de la mortalité et de la **mortalité infantile**, ainsi que le développement sain de l'enfant ;*
- b) L'amélioration de tous les aspects de **l'hygiène** du milieu et de l'hygiène industrielle ;*
- c) La **prophylaxie** et le traitement des **maladies épidémiques**, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;*
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »*

Annexe I

Le commentaire général n° 14 du 11 août 2000 interprète de façon large le contenu et la portée de l'article 12 de la convention relatif au droit à la santé. Il en ressort que :

- ♦ « le droit à la santé ne saurait se comprendre comme le droit d'être *en bonne santé*. Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de **contrôler sa propre santé et son propre corps**, y compris le droit à la liberté sexuelle et génésique, ainsi que le droit à l'intégrité, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale. D'autre part, les droits comprennent le **droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible** » (§8) ;
- ♦ « le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants, dont **la mise en œuvre précise dépendra des conditions existant dans chacun des États parties** :
 - a) **disponibilité**. Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels, au sens du Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'OMS ;
 - b) **accessibilité**. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :
 - i) **non-discrimination** : les installations, biens et services en matière de santé doivent être **accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés**, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits,
 - ii) **accessibilité physique** : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. [...],
 - iii) **accessibilité économique (abordabilité)** : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour **faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés**. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés,
 - iv) **accessibilité de l'information** : l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé [...],

Annexe I

- c) **acceptabilité.** Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés ;
- d) **qualité.** Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés » (§12).
- ♦ Les mesures visant « la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant » peuvent s'entendre des mesures nécessaires pour améliorer **les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la planification de la famille, les soins pré et postnatals, les services d'obstétrique d'urgence** ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information » (§14).

1.1.2. Article 9 : droit à la sécurité sociale

En vertu de l'article 9 de la Convention :

« Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales. »

Le commentaire n° 19 du 4 février 2008 interprète l'article 9 de la convention relatif au droit à la sécurité sociale. Il en ressort que :

- ♦ **« les non-ressortissants devraient pouvoir bénéficier des régimes non contributifs de soutien du revenu et de la famille et accéder à des soins de santé abordables. Toute restriction, notamment toute durée d'affiliation requise, doit être proportionnée et raisonnable. Chacun, quels que soient sa nationalité, son lieu de résidence ou son statut en matière d'immigration, a droit aux soins médicaux primaires ou d'urgence » ;**
- ♦ **« les réfugiés, les apatrides et les demandeurs d'asile**, ainsi que d'autres personnes et groupes défavorisés et marginalisés, devraient bénéficier, dans des conditions d'égalité, des régimes de sécurité sociale non contributifs, notamment d'un **accès raisonnable aux soins de santé** et aux prestations familiales, conformément aux normes internationales ».

1.1.3. Article 2 : non-discrimination

L'article 2 de la Convention énonce les règles détaillées d'application des obligations de la Convention, y compris le principe de non-discrimination :

« Les États parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. »

Annexe I

Le commentaire n° 20 du 2 juillet 2009 précise la position du Comité sur l'article 2 de la convention relatif à la non-discrimination. Il en ressort que « le motif de la nationalité ne doit pas empêcher l'accès aux droits consacrés par le Pacte ; par exemple, **tous les enfants vivant dans un État, même ceux qui sont en situation irrégulière, ont le droit** de recevoir une éducation et d'avoir accès à une nourriture suffisante et **à des soins de santé abordables**. Les droits visés par le Pacte s'appliquent à chacun, y compris les non-ressortissants, dont font partie notamment les réfugiés, les demandeurs d'asile, les apatrides, les travailleurs migrants et les victimes de la traite internationale de personnes, indépendamment de leurs statut juridique et titres d'identité. »

Cependant le même texte admet simultanément la possibilité d'un traitement différencié sur la base des critères listés dans l'article 2 (y compris l'origine nationale ou sociale) : « tout traitement différencié fondé sur des motifs interdits sera jugé discriminatoire **à moins que la différence de traitement soit fondée sur des critères raisonnables et objectifs**. À ce titre, on évaluera si les objectifs et les effets des mesures ou des omissions sont légitimes, s'ils sont compatibles avec le caractère des droits énoncés dans le Pacte, et s'ils n'ont pour but que de promouvoir l'intérêt général dans le cadre d'une société démocratique. En outre, il doit exister **un lien clair et raisonnable de proportionnalité entre l'objectif que l'on cherche à atteindre et les mesures ou omissions et leurs effets**. Le fait de laisser perdurer des différences de traitement parce que les ressources disponibles sont insuffisantes n'est pas une justification objective et raisonnable à moins que tous les efforts aient été faits afin d'utiliser toutes les ressources dont dispose l'État pour, à titre prioritaire, entreprendre de remédier à la discrimination et de l'éliminer. »

1.2. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 août 1990. **Elle est juridiquement contraignante.**

L'introduction de la Convention précise qu'elle s'inscrit dans le contexte de :

- ♦ la **Déclaration universelle des droits de l'homme**, d'après laquelle « l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales » ;
- ♦ la **Déclaration des droits de l'enfant**, d'après laquelle « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance. »

La disposition centrale de la Convention relative aux droits de l'enfant en ce qui concerne la détermination du droit à la santé est l'article 24 :

« 1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

- a) réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;*
- b) assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;*
- c) lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;*

Annexe I

- d) assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- e) faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
- f) développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les États parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement. »

La Convention inclut également une interdiction de discrimination (article 2) et affirme le caractère primordial de l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3)¹. À l'instar du PIDESC, le respect de la CDE est examiné par le Comité des droits de l'enfant, qui émet des commentaires généraux visant à guider l'interprétation du texte.

Le Comité a déclaré dans le commentaire général n°6 du 1^{er} septembre 2005 que « les enfants non accompagnés ou séparés [devaient] bénéficie[r] du même accès aux soins de santé que les enfants ressortissants. »

En outre, le commentaire général n° 15 du 17 avril 2013 a précisé la portée de l'article 24. Il en ressort que :

- ◆ les États parties doivent « veiller à ce que tous les enfants aient accès à **des services de santé et d'autres services appropriés, en accordant une attention particulière aux régions et aux populations mal desservies**. Cela suppose de mettre en place un **système complet de soins de santé primaires** ainsi qu'un cadre juridique adéquat et de prêter une attention soutenue aux déterminants de la santé des enfants. » ;
- ◆ « le manque de moyens ne devrait pas empêcher l'accès aux services, aux fournitures ou aux médicaments. Le Comité invite les États à **supprimer la facturation des frais aux usagers et à mettre en œuvre des systèmes de financement de la santé qui ne soient pas discriminatoires** à l'égard des femmes et des enfants qui sont dans l'incapacité de payer. Des mécanismes de partage des risques, tels que les taxes et les assurances, devraient être appliqués sur la base de contributions équitables, fondées sur les moyens » ; il est à noter que ce commentaire ne s'applique pas spécifiquement aux personnes en situation irrégulière ;
- ◆ « pour s'acquitter de l'obligation qu'ils ont de garantir l'accès universel à un ensemble de mesures dans le domaine de la santé sexuelle et procréative, les États doivent veiller au respect de la **continuité de la prise en charge avant la grossesse, pendant la grossesse, pendant l'accouchement et durant la période faisant suite à l'accouchement**. »

En résumé, on peut considérer que la CDE implique, à tout le moins, qu'il faut **accorder une attention particulière aux enfants et aux soins liés à la maternité** dans la définition du cadre réglementaire applicable à l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière.

¹ « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. »

1.3. La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDF) a été ratifiée par la France le 14 décembre 1983. **Elle est juridiquement contraignante.**

L'article 12 de la Convention traite des soins de santé pour les femmes avant, pendant et après la grossesse :

« 1. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. »

Le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a, dans la recommandation générale n° 26 du 5 décembre 2008, souligné que toutes les catégories de migrantes sont couvertes par la Convention, **y compris les migrantes sans papiers**, étant précisé que « les travailleurs sans papiers sont ceux qui n'ont pas de permis de résidence ou de travail valide. Ils sont nombreux dans ce cas. Ils peuvent notamment avoir reçu des faux papiers de la part d'agents sans scrupules ou être entrés dans le pays avec un permis de travail valide qu'ils ont perdu lorsque leur employeur a mis fin arbitrairement à leur contrat; ils peuvent également être sans papiers parce que leur employeur a confisqué leur passeport. On citera également le cas des travailleurs qui ont prolongé leur séjour malgré l'expiration de leur permis de travail ou sont entrés dans le pays sans documents valides. »

L'article 12 de la CEDF peut être rapproché de l'art. 2 d) de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), en vertu duquel les femmes doivent recevoir des soins adéquats pour la grossesse et la maternité (cf. 1.2). Les considérations spéciales énoncées dans la CDE comme devant être appliquées aux enfants, doivent donc être également appliquées à l'enfant à naître et à la mère pendant la grossesse et lors de la naissance.

En résumé, on peut considérer que la CEDF confirme, à tout le moins, qu'il faut **accorder une attention particulière aux soins liés à la maternité** dans la définition du cadre réglementaire applicable à l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière.

2. Les sources de droit européennes

2.1. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne est devenue juridiquement contraignante pour les États-membres depuis l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne au 1^{er} décembre 2009 lequel y fait référence dans son article 6. **Si la Charte n'offre aucune disposition précise relative aux migrants en situation irrégulière, elle énonce des orientations générales sur la protection de la santé humaine.**

L'article 35 de la Charte précise :

« Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. »

Il ressort des explications de la Charte (C:2007:303: TOC) que « les principes contenus dans cet article sont fondés sur [...] l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), ainsi que sur les articles 11 et 13 de la Charte sociale européenne » (cf. 2.3).

L'alinéa 1 de l'article 168 du TFUE précise en effet :

« Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci. »

Ces dispositions ne sont pas concrètement contraignantes pour ce qui est de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

2.2. La Convention européenne des droits de l'homme

Signée par les États membres du Conseil de l'Europe le 4 novembre 1950, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ou « Convention européenne des droits de l'homme (ou CEDH) » a été ratifiée par la France le 3 mai 1974 et plusieurs fois amendée depuis.

Si la Convention ne contient aucune disposition spécifique relative au droit à la santé, l'article 2 (« droit à la vie ») et l'article 3 (« interdiction de la torture ») contiennent des dispositions susceptibles d'encadrer dans certaines circonstances l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

2.2.1. Article 2 : droit à la vie

« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi. »

La Cour européenne des droits de l'homme, qui statue sur les différends impliquant la CEDH, a répété à plusieurs reprises que l'article 2 de la CEDH exigeait non seulement que les États s'abstiennent de délibérément de tuer, mais aussi qu'ils prennent les mesures appropriées pour protéger la vie des personnes se trouvant sous leur juridiction : « on ne peut exclure que les actions ou les omissions des autorités dans le domaine de la santé puissent avoir dans certains cas une incidence sur la responsabilité de l'État au sens de l'article 2. »²

Il ressort de la jurisprudence de la Cour que les États doivent faire en sorte :

- ◆ que les hôpitaux publics et privés prennent les précautions nécessaires pour protéger la vie des patients ;
- ◆ qu'un système judiciaire efficace indépendant puisse tenter de déterminer la cause du décès du patient et veiller à ce que les professionnels de la santé qui ont commis des erreurs soient tenus pour responsables.

La Cour a observé en 2001 : « **qu'une question peut se poser sous l'angle de l'article 2 de la Convention lorsqu'il est prouvé que les autorités d'un État contractant ont mis la vie d'une personne en danger en lui refusant les soins médicaux qu'elles se sont engagées à fournir à l'ensemble de la population.** À cet égard, elle note que l'article 2, alinéa 1 de la Convention astreint l'État non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction. »³

Cependant dans la même affaire, la Cour n'a « **pas jugé nécessaire de rechercher en l'espèce dans quelle mesure l'article 2 de la Convention impose à un État contractant l'obligation d'offrir un certain niveau de soins médicaux.** »⁴

Interrogée sur la situation d'une personne détenue par les autorités, la Cour a déclaré que l'obligation de protéger la vie du détenu comprenait également la fourniture des soins médicaux pour éviter une issue fatale⁵.

Dans ce contexte, on peut conclure que **l'article 2 de la CEDH impose aux États membres une obligation de fournir une aide d'urgence à toute personne relevant de la juridiction de l'État membre, y compris les migrants non enregistrés.**

2.2.2. Article 3 : interdiction de la torture

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

L'article 3 de la CEDH formule un droit absolu et le fait que les plaignants soient des migrants non enregistrés ne peut être mis en avant pour déterminer si le traitement de la personne en question est contraire à la disposition⁶.

² Cour européenne des droits de l'homme, affaire Nitecki c. Pologne, n° 65653/01, arrêt du 21 mars 2002.

³ Cour européenne des droits de l'homme, affaire Chypre c. Turquie, n° 25781/94, arrêt du 1^{er} mai 2001, §219 ; affaire L.C.B. c. Royaume-Uni, n° 23413/94, arrêt du 9 juin 1998, § 36.

⁴ Ibid.

⁵ Cour européenne des droits de l'homme, affaire Taïs c. France, n° 39922/03, arrêt du 1^{er} juin 2006.

⁶ Cour européenne des droits de l'homme, affaire Mubilanzila Mayeka et Kamiki Mitunga c. Belgique, n° 13178/03, arrêt du 12 octobre 2006.

La Cour a souligné à plusieurs reprises qu'une intervention devait avoir une gravité minimale pour que soit invoqué l'article 3 de la CEDH. La Convention n'interprète pas l'article 3 comme donnant droit à certains droits socio-économiques, et notamment à un traitement médical gratuit. Cependant, « **la souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut relever de l'article 3 si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par un traitement – que celui-ci résulte de conditions de détention, d'une expulsion ou d'autres mesures – dont les autorités peuvent être tenues pour responsables.** »⁷

La Cour a ainsi résumé sa jurisprudence : « Les non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un État contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'État qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'État contractant le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. **La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'État contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre l'expulsion sont impérieuses.** »⁸

Cette position doit être interprétée à la lumière des faits suivants :

- ◆ la Convention garantit avant tout les droits civils et politiques et non des droits économiques et sociaux ;
- ◆ il peut y avoir de grandes différences dans les possibilités et les niveaux de traitement dans l'État membre et dans le pays d'origine ;
- ◆ la Convention ne prévoit pas l'obligation de compenser ces différences en fournissant une assistance médicale gratuite et illimitée aux les étrangers qui ne sont pas autorisés à résider dans l'État membre.

Dans ce contexte, il apparaît que l'article 3 de la CEDH n'impose pas, au-delà de l'urgence, une obligation générale de fournir des soins aux migrants en situation irrégulière.

2.3. La Charte sociale européenne

La Charte sociale européenne a été adoptée par le Conseil de l'Europe en 1961 et ratifiée par la France le 9 mars 1973. **Pour autant, pour le juge administratif, il est de jurisprudence constante⁹ que la Charte n'emporte pas d'effet direct en droit interne. En conséquence, ses dispositions constituent avant tout des orientations.**

⁷ Cour européenne des droits de l'homme, affaire N. c. Royaume-Uni, n° 26565/05, arrêt du 27 mai 2008.

⁸ Ibid.

⁹ CE, Melles Valton et Crépeaux, 1984 et CE, Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes, 2012.

Annexe I

L'article 11 (droit à la protection de la santé) affirme que les causes des problèmes de santé doivent être éliminées autant que possible :

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

- 1) à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;**
- 2) à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;*
- 3) à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents. »*

L'article 13 prévoit que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes reçoive l'aide médicale requise en cas de maladie :

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

- 1) à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;**
- 2) à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux ;*
- 3) à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial ;*
- 4) à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953. »*

Enfin, l'article 17 concerne la **protection particulière des enfants et adolescents** :

« En vue d'assurer aux enfants et aux adolescents l'exercice effectif du droit de grandir dans un milieu favorable à l'épanouissement de leur personnalité et au développement de leurs aptitudes physiques et mentales, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, toutes les mesures nécessaires et appropriées tendant :

- 1) a) assurer aux enfants et aux adolescents, compte tenu des droits et des devoirs des parents, les soins, l'assistance, l'éducation et la formation dont ils ont besoin, notamment en prévoyant la création ou le maintien d'institutions ou de services adéquats et suffisants à cette fin ;*
b) à protéger les enfants et les adolescents contre la négligence, la violence ou l'exploitation ;
c) à assurer une protection et une aide spéciale de l'État vis-à-vis de l'enfant ou de l'adolescent temporairement ou définitivement privé de son soutien familial ;
- 2) à assurer aux enfants et aux adolescents un enseignement primaire et secondaire gratuit, ainsi qu'à favoriser la régularité de la fréquentation scolaire. »*

Selon le paragraphe 1 de l'annexe à la Charte, le droit aux soins de santé est limité aux personnes résidant légalement dans le pays.

Pourtant le Comité européen des droits sociaux, un comité d'experts qui supervise le respect des engagements pris en vertu de la Charte par les États parties, a déclaré à plusieurs reprises que la législation ou les pratiques qui refusent le droit à un traitement médical des étrangers, migrants non enregistrés ou non, pouvait être contraire à l'article 13 de la CES.

Ainsi dans une affaire opposant la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) à la France en 2004¹⁰, le comité a constaté que « **le concept d'urgence mettant en cause le pronostic vital n'est pas suffisamment précis et il n'apparaît pas clairement quelle autorité est compétente pour en décider.** Il est également vrai qu'il existe nombre de difficultés dans la mise en œuvre pratique des dispositions relatives aux étrangers en situation irrégulière qui se trouvent en France depuis plus de trois mois ; de plus, la définition des coûts pris en charge par l'État est définie de manière étroite. » Cependant le Comité a estimé « dans le doute [qu'en] raison de l'existence d'une « forme d'assistance médicale »¹¹ pour ces personnes, la situation ne constitue pas une violation de l'article 13 de la Charte révisée. »¹²

En ce qui concerne les enfants, le Comité a déclaré dans la même affaire que le fait que les enfants d'immigrés en situation irrégulière présents sur le territoire depuis moins de trois mois n'aient droit à l'assistance médicale qu'en cas de situation mettant en jeu le pronostic vital était contraire à l'article 17 du CES, lequel « garantit de façon générale le droit des enfants et des adolescents, y compris des mineurs non accompagnés, aux soins et à l'assistance. »¹³

Si la Charte n'empêche pas la fixation d'exigences relatives aux cotisations à l'assurance maladie comme condition préalable au droit à services de santé, le Comité considère comme essentiel que les personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie se voient garantir un accès adéquat au traitement, y compris dans des situations autres que le traitement des urgences vitales ; ainsi, le fait que « les femmes roms en Bulgarie ne bénéficient pas d'un accès adéquat aux soins de santé lors de la maternité, » faute d'une capacité à s'acquitter des cotisations nécessaires, constitue « une discrimination indirecte en violation de l'article E [relatif à la discrimination], en combinaison avec l'article 11§1 de la Charte. »¹⁴

En résumé, il apparaît :

- ◆ **qu'un traitement d'urgence doit être offert aux migrants en situation irrégulière ;**
- ◆ **que dans une certaine mesure, le traitement dans le secteur primaire (i.e. en dehors des cas d'urgence) devrait également être offert aux migrants en situation irrégulière, en particulier aux enfants.**

¹⁰ Lors de l'affaire « Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme c. France », il a été notamment question des dispositions régissant le fonctionnement de l'aide médicale d'État telles que modifiées par l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 portant notamment sur la condition de présence sur le territoire et sur la condition de ressources.

¹¹ Selon les propres mots du Comité.

¹² Comité européen des droits sociaux, affaire Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme c. France, n°14/2003, décision du 8 septembre 2004.

¹³ Ibid.

¹⁴ Comité européen des droits sociaux, affaire European Roman Rights Centre c. Bulgarie, n° 151/2017, décision du 5 décembre 2018.

3. Les sources de droit nationales

3.1. La jurisprudence du Conseil constitutionnel

Le cadre juridique de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière et donc de l'aide médicale d'État (AME) doit respecter le principe constitutionnel du droit à la protection de la santé inscrit à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 :

« [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Historiquement, lors du contrôle constitutionnel *ex ante* des dispositions législatives modifiant le dispositif de l'AME, le Conseil constitutionnel (CC) a précisé l'application de ce principe visant à offrir avant tout une « garantie minimale » pour plusieurs raisons.

D'abord, il apparaît qu'en matière d'accès à la santé publique, un traitement différencié peut être appliqué aux migrants en situation irrégulière dans la mesure où il assure le respect des principes et droits fondamentaux. Dans une décision du 13 août 1993, le CC a rappelé que le législateur peut prendre des dispositions spécifiques à l'égard des étrangers mais il lui appartient de respecter « les libertés et droits fondamentaux » communs à ceux qui résident sur le territoire de la République, ce qui pose en creux, la question d'une égalité d'accès aux soins notamment urgents et vitaux (cf. ci-après). Par une question prioritaire de constitutionnalité du 16 juin 2011, le CC a, par la suite, souligné que les étrangers en situation irrégulière constituent une catégorie distincte parmi les étrangers. Ces décisions ouvrent, dans une certaine mesure, la possibilité d'un traitement différencié de l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière.

Ensuite, le CC a précisé la portée de la notion d'égalité d'accès aux soins indépendamment de la durée de résidence sur le territoire. Dans sa décision du 29 décembre 2003, il a souligné que l'existence du fonds pour les soins urgents et vitaux permettait aux personnes en situation irrégulière et ne résidant pas depuis plus de 90 jours sur le territoire d'accéder à des soins urgents et vitaux alors qu'ils auraient été exclus du dispositif AME.

Enfin dans une décision du 28 décembre 2010, le CC a jugé que la conditionnalité de l'AME ne portait pas atteinte au principe du droit à la santé pourvue qu'elle ne concerne pas le champ des soins considérés comme vitaux et urgents. En effet, le CC a jugé les dispositions suivantes constitutionnelles :

- ♦ un mécanisme administratif s'appliquant uniquement aux personnes majeures et pour une liste limitative de soins (« soins programmés ») dont le coût dépasse un certain seuil permettant de vérifier que les conditions pour en bénéficier sont remplies. L'instauration de ce mécanisme n'a pas été jugé disproportionnée par le CC et s'inscrit dans une logique de conciliation du principe du droit à la protection de la santé avec celui de bon emploi des deniers publics ;
- ♦ un dispositif financier de paiement d'un droit d'entrée de 30 € dont sont exclus les soins urgents. Contesté sur le fondement que cette disposition portait atteinte à un principe fondamental reconnu par les lois de la République selon lequel l'offre de soins est gratuite pour les plus démunis (loi de 1893 sur l'aide médicale gratuite), ce dispositif n'a pas été jugé contraire à la Constitution par le CC au motif qu'il ne s'applique pas aux soins urgents et vitaux et que le droit d'entrée n'est pas suffisamment élevé pour porter atteinte au droit à la santé.

3.2. La jurisprudence du juge administratif

Dans le cadre du contrôle de conventionnalité, le Conseil d'État a précisé la portée des dispositions de la convention internationale sur les droits de l'enfant. Dans sa décision *Association Aides et autres, 2006*, il a considéré que l'exigence de la preuve de résidence de 3 mois consécutifs en France, sans prévoir de disposition spécifique au profit des mineurs étrangers, y portait atteinte.

En outre, le juge administratif a précisé le champ des bénéficiaires de l'AME parmi les migrants en situation irrégulière :

- ♦ d'abord, dans un avis du 5 avril 2001, il a précisé que les personnes placées dans les centres de rétention administrative (CRA) pouvaient voir leurs traitements médicaux financés par l'AME lorsque le programme budgétaire de la direction des populations et des migrations du ministère de l'Intérieur ne pouvait, faute de moyens, financer ces soins ;
- ♦ ensuite, dans une décision du 16 mars 2016, il a souligné qu'une personne ne résidant pas de manière ininterrompue sur le territoire français depuis plus de trois mois pouvait, dans certaines circonstances, bénéficier de l'aide médicale d'État.

Par ailleurs, le juge administratif a, sur le fondement du contrôle de légalité, mis en évidence une erreur de droit rendant illégale une décision du conseil régional d'Ile-de-France relative à l'exclusion des bénéficiaires de l'AME du champ des personnes pouvant obtenir des réductions tarifaires en matière de transports. En effet, dans sa décision du 25 janvier 2018, le TA de Paris souligne que l'article L.1113-1 du code des transports autorise la subordination à des réductions tarifaires uniquement sur des conditions de ressources et non de statut.

ANNEXE II

Comparaison européenne

SOMMAIRE

1. SYNTHÈSE	1
2. ALLEMAGNE	3
2.1. Droit en vigueur	3
2.2. Mise en oeuvre du dispositif.....	4
2.3. Données.....	5
2.4. Débat politique.....	6
3. BELGIQUE.....	8
3.1. Droit en vigueur	8
3.2. Mise en œuvre du dispositif.....	9
3.3. Données.....	9
3.4. Débat politique.....	10
4. DANEMARK.....	11
4.1. Droit en vigueur	11
4.2. Données.....	12
5. ESPAGNE.....	13
5.1. Droit en vigueur	13
5.2. Données.....	15
6. ITALIE.....	16
6.1. Droit en vigueur	16
6.2. Mise en œuvre du dispositif.....	17
6.3. Données.....	18
7. ROYAUME-UNI.....	19
7.1. Droit en vigueur	19
7.2. Mise en œuvre du dispositif.....	20
7.3. Données.....	20
7.4. Débat politique.....	21
8. SUÈDE.....	22
8.1. Droit en vigueur	22
8.2. Mise en œuvre du dispositif.....	23
8.3. Données.....	24
9. SUISSE.....	26

1. Synthèse

Tableau 1 : Synthèse de la comparaison européenne

Pays	Accès aux soins urgents	Accès aux soins non-urgents	Participation financière
Allemagne	Oui, inconditionnel et gratuit. Sont prises en charges les « maladies et douleurs aiguës » et dans une certaine mesure les soins d'aval, ainsi que les maladies contagieuses.	Oui, si « indispensables au maintien de la vie ou à la santé » et moyennant un accord préalable matérialisé par la remise d'un « bon-maladie ». Les cas pris en charge dépendent des autorités sanitaires locales.	Non.
Belgique	Oui, inconditionnel et gratuit.	Oui, les personnes en situation irrégulière considérées comme « indigentes » peuvent bénéficier gratuitement sous conditions : - les soins doivent avoir été prescrits par un professionnel de santé qui remplit une attestation d'urgence prouvant la « nécessité » des soins ; - la personne doit prouver qu'elle réside dans le district où se situent son CPAS et qu'elle n'a pas les moyens de prendre en charge les frais.	Non, si la personne est considérée comme « indigente » (condition de ressources variables selon les régions)
Danemark	Oui, inconditionnel et gratuit. Le critère appliqué est le caractère « aigu » des soins, qui inclut l'aggravation d'une maladie chronique mais pas un accouchement intervenu à terme, sans complication.	Oui, « lorsqu'il n'est pas jugé raisonnable de diriger la personne vers un traitement dans son pays d'origine ». Les cas pris en charge dépendent des autorités sanitaires locales.	Oui pour les soins urgents, en fonction de la politique de la région.
Espagne	Oui, inconditionnel et gratuit.	Oui, preuve de résidence depuis plus de 90 jours et dans le cas contraire, délivrance d'un carnet de santé par les services sociaux des autonomies. Accès aux greffes à condition d'une preuve de résidence depuis 2 ans conditions	Une partie du coût du traitement est pris en charge : ils doivent payer 40% du prix du marché des médicaments qui leur sont administrés.

Annexe II

Pays	Accès aux soins urgents	Accès aux soins non-urgents	Participation financière
Italie	Oui. Le principe de continuité des soins est affirmé dans la loi, ce qui élargit le panier de soins bien au-delà des urgences.	Oui, s'ils sont « essentiels, bien que continus ». Les cas pris en charge au-delà de ce critère dépendent des autorités sanitaires locales.	Théoriquement oui, paiement du ticket modérateur dans les mêmes conditions que pour les citoyens italiens. Cependant une déclaration d'indigence permet l'accès à des soins gratuits.
Royaume-Uni	Oui, inconditionnel et gratuit. Le critère appliqué est le fait que les soins soient « urgents » ou « immédiatement nécessaires » et ne puissent pas « raisonnablement » attendre que la personne quitte le territoire. Ce critère d'identification de l'urgence relève des services des urgences. Le <i>National Health Service</i> donne une liste plus exhaustive mais non-limitative des traitements pris en charge gratuitement sans prise en compte de la nationalité du patient	Pour les autres soins, considérés comme « non urgent » ou « non immédiatement nécessaire », le principe qui s'applique aux migrants en situation irrégulière est différencié selon les personnes : ▪ pour les femmes enceintes, les demandeurs d'asile, les mineurs, l'accès aux soins sera gratuit. ▪ pour les autres migrants en situation irrégulière, l'accès aux services de soins est payant à hauteur de 150% le coût du service rendu.	Le paiement se fait selon des modalités d' <i>upfront charging</i> c'est-à-dire que le soin est administré une fois le paiement ou la vérification de la capacité du patient à payer est réalisé.
	Oui, inconditionnel et gratuit. Le critère appliqué est le fait que les soins « ne puissent pas attendre », ce qui permet la prise en charge précoce de pathologies susceptibles de s'aggraver.	Oui. Les cas pris en charge dépendent des autorités sanitaires locales.	Oui, ticket modérateur de 4,70€ pour la médecine de ville (consultation et médicaments).
Suisse	Pas d'accès prévu par la loi si la personne n'est pas assurée contre la maladie. Les prestataires de soins ayant pris en charge l'urgence peuvent être dédommagés selon des modalités qui dépendent du canton.	Pas d'accès prévu par la loi si la personne n'est pas assurée contre la maladie.	Théoriquement oui, toute personne a le droit et le devoir de souscrire une assurance maladie. Possibilité d'une subvention dans certains cantons.

Source : Mission.

2. Allemagne

2.1. Droit en vigueur

La loi sur les avantages pour demandeurs d'asile¹ (*Asylbewerberleistungsgesetz* ou *AsylbLG*), votée initialement le 30 juin 1993 et modifiée en dernier lieu par l'article 4 de la loi du 17 juillet 2017, définit le régime de prestations applicable aux demandeurs d'asile mais aussi aux personnes « devant quitter le territoire (*ausreisepflichtig*), même si la menace d'expulsion n'est pas encore ou n'est plus exécutoire »² ; à ce titre, cette loi est également applicable aux personnes sans titre de séjour régulier (*Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus*).

Doivent être garanties à ces personnes « pour le traitement des **maladies et douleurs aiguës** (*akut[e] Erkrankungen und Schmerzzustände*), les soins médicaux et dentaires nécessaires, y compris la fourniture de médicaments et de pansements, ainsi que les autres services **nécessaires au rétablissement, à l'amélioration ou au soulagement des maladies ou des conséquences de la maladie** ».

Pour la **prévention et la détection précoce des maladies**, ces personnes bénéficient également des vaccinations prévues par le droit commun et des examens de santé « médicalement requis ». Une restauration dentaire impliquant la pose de prothèse(s) n'est possible que « dans le cas où, pour des raisons médicales, elle ne peut être différée ».

Par ailleurs, les **femmes enceintes ou allaitantes** bénéficient « d'une assistance et d'un soutien médicaux et infirmiers, de l'aide de sages-femmes, de médicaments, de pansements et autres traitements »³.

D'autres prestations peuvent être fournies par les autorités sanitaires locales, qui dépendent des Länder (régions autonomes du système fédéral allemand). Ces prestations sont accordées « notamment si, dans le cas d'espèce, elles sont indispensables au maintien de la vie ou à la santé, aux besoins particuliers des enfants ou nécessaires à l'accomplissement d'un devoir de coopération administrative »⁴.

En cas d'urgence (*Eilfall*), les prestations médicales doivent être fournies de façon **inconditionnelle et gratuite** par les professionnels de la santé, qui sont remboursés a posteriori par les autorités : « si une personne a fourni à une autre personne un service en cas d'urgence, [...] les frais lui sont remboursés à hauteur du montant requis, sauf si sa responsabilité légale ou morale est engagée »⁵.

Pour les soins non-urgents (soins ambulatoires ou planifiés), les personnes sans titre de séjour régulier doivent solliciter un « **bon-maladie** » (*Krankenschein*) auprès des autorités sanitaires locales ; ce bon-maladie, qui formalise l'accord préalable des autorités pour rembourser tout ou partie des soins engagés, doit être présentée aux professionnels de santé concernés pour l'obtention des soins.

¹ <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/>

² Source : *AsylbLG*, art. 1.

³ Source pour ce paragraphe et les précédents : *AsylbLG*, art. 4.

⁴ Source : *AsylbLG*, art. 6.

⁵ Source : *AsylbLG*, art. 6a.

Les autorités sanitaires sollicitées pour remise d'une feuille de soins ont l'obligation de signaler la personne aux autorités responsables de la politique migratoire⁶. Cette **obligation de signalement**, dont sont exemptés les médecins au titre du secret professionnel, constitue une cause potentiellement importante de **renoncement aux soins**. Afin d'éviter ce phénomène dans les cas d'urgence, le secret médical est étendu (*verlängerter Geheimnisschutz*) aux travailleurs sociaux des hôpitaux et au personnel des autorités sanitaires⁷.

En ce qui concerne les **maladies contagieuses**, la loi sur la protection contre les infections⁸ (*Infektionsschutzgesetz* ou *IfSG*) oblige les autorités sanitaires à assurer la détection précoce, la surveillance épidémiologique, la prévention et le traitement des maladies contagieuses. Cette loi s'applique en particulier à la tuberculose et aux infections sexuellement transmissibles, parmi lesquelles les hépatites et le SIDA. Elle ne comporte pas d'exception pour les personnes en situation irrégulière.

Les personnes résidant de façon ininterrompue sur le territoire allemand pendant plus de quinze mois accèdent à un régime de prestations comparable en nature et en étendue aux prestations dont bénéficient les assurés sociaux, régi par le douzième livre du code social (*Sozialgesetzbuch*)⁹. Ceci n'est pas applicable aux personnes en situation irrégulière.

2.2. Mise en oeuvre du dispositif

Le dispositif de l'assistance médicale accordée aux demandeurs d'asile et aux étrangers en situation irrégulière est **entièrement financé par les Länder et varie ainsi considérablement d'un Land à l'autre**, de sorte qu'il est difficile de décrire de façon exhaustive la façon dont est mise en oeuvre la politique d'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

Trois problématiques sont identifiées qui restreignent potentiellement l'accès aux soins tel que réglementé par la loi allemande :

- ◆ **le concept de « maladies aiguës »** exclut par construction les maladies chroniques du périmètre des soins à fournir de façon inconditionnelle et gratuite. C'est par exemple le cas du SIDA : si les autorités sanitaires locales peuvent choisir d'offrir des soins aux personnes infectées par le VIH, ceci ne constitue pas un droit exigible selon la loi fédérale. Dans le cas du SIDA, la loi sur la protection contre les infections devrait s'appliquer et le patient bénéficier d'un traitement gratuit et anonyme, ce qui ne semble pas être le cas pour toutes les populations concernées ;
- ◆ **la définition des cas d'urgence** (seul cas où une prise en charge puisse avoir lieu sans accord préalable des autorités sanitaires) laisse une marge d'appréciation aux autorités et établissements médicaux, ce qui aboutit à de divergences de pratique d'une région à l'autre, voire d'une commune à l'autre, bien que ce soit la loi fédérale qui s'applique ;
- ◆ afin d'obtenir le remboursement des soins les établissements médicaux doivent faire **la preuve de l'indigence de la personne** ; ceci suppose la production de pièces (extrait de compte bancaire, bail locatif, copie du passeport) potentiellement difficiles à obtenir auprès de la population concernée. Il est donc fréquent que les demandes de remboursement aux autorités sanitaires n'aboutissent pas. Ceci varie à nouveau d'une région à l'autre¹⁰.

⁶ D'après la loi sur le séjour (*Aufenthaltsgesetz* ou *AufenthG*), art. 87.

⁷ Source : *Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum AufenthG*, GMBL Nr. 42-61 vom 30.10.2009.

⁸ <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>

⁹ Source : *AsylbLG*, art. 2.

¹⁰ Source pour ce paragraphe et les précédents : *Krank und ohne Papiere, Fallsammlung der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität*, avril 2018.

On note également que **l'obligation de signalement** constitue un facteur important de **renoncement aux soins** par les personnes sans titre de séjour régulier. Même dans les cas de prise en charge urgence où des limites sont imposées à l'obligation de signalement (secret médical étendu aux travailleurs sociaux et au personnel des autorités sanitaires), ces limites sont mal connues des personnes concernées, ce qui peut aboutir à un excès de zèle de leur part et à une application hétérogène d'une région à l'autre, d'autant que l'obligation de signalement est inscrite dans la loi alors que sa limitation est fixée par une circulaire (*Verwaltungsvorschrift*)¹¹.

Pour contourner ce dilemme, le Land de la Basse-Saxe a introduit en janvier 2016 une expérimentation visant à délivrer des autorisations de soins anonymes (*anonymer Krankenschein*). Ces autorisations permettent d'assurer un traitement médical des étrangers en situation irrégulière. Les Länder de Thuringe et de Berlin ont suivi cet exemple et ont instauré eux-aussi une autorisation des soins anonyme. À cet effet, le Ministère régional de la santé de Berlin a attribué 1,5 million d'euros pour ce projet.

2.3. Données

Il n'existe pas de données compilées disponibles au niveau fédéral concernant la dépense consacrée à la prise en charge sanitaire des étrangers en situation irrégulière. Les Länder ne disposent de plus pas eux-mêmes de données concernant la dépense consacrée à la prise en charge des personnes en situation irrégulière. Il n'existe pas non plus de données agrégées au niveau fédéral concernant les personnes en situation irrégulière prises en charge pour des soins médicaux d'urgence ou suite à l'attribution d'un certificat maladie. **Le nombre de personnes en situation irrégulière en Allemagne a été lui, estimé à près de 353 205 personnes fin 2017.**

Certains Länder recensent le nombre de cas pour lesquels les soins à des patients ne disposant pas d'une assurance maladie légale ont fait l'objet d'une demande de l'hôpital de prise en charge des frais par le centre d'action sociale compétent. Ce type de recensement n'est pas mené régulièrement et n'est effectué que dans un nombre restreint de Länder.

En outre, depuis le 1^{er} janvier 2016, plusieurs Länder (Brême, Hambourg, Rhénanie du Nord-Westphalie, Brandebourg, Berlin, Thuringe, Rhénanie-Palatinat, et Schleswig-Holstein) ont introduit **la carte de santé électronique dès l'arrivée d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire allemand**. Chaque Land négocie avec les caisses d'assurances maladie l'acceptation de la prise en charge sur la base de cette carte. Puis, chaque ville a le choix de mettre en place cette carte ou pas. Ainsi, en Rhénanie du Nord-Westphalie en mai 2016, 20 villes sur 396 ont mis en place ce système. Le Ministère régional de la santé en Rhénanie du Nord-Westphalie a tiré un bilan positif après une année d'utilisation de cette carte. **Les coûts administratifs et médicaux n'ont pas augmenté de façon significative et le traitement médical des étrangers s'est amélioré considérablement**, selon le Ministère de santé.

¹¹ Source : ibid.

Plusieurs Länder se sont positionnés contre l'instauration de la carte de santé électronique : le Bade-Wurtemberg, le Mecklembourg-Poméranie Occidentale et la Saxe-Anhalt. La Bavière, la Sarre et la Saxe ont également émis des réserves et n'ont pas prévu sa mise en place. Pour compensation de la charge administrative, les communes versent aux caisses d'assurances maladies un montant mensuel de 10 euros par personne étrangère en situation irrégulière. À noter que les Länder de Brême et d'Hambourg, qui l'ont introduite respectivement en 2005 et 2012, n'ont pas noté d'augmentation de la consommation de soins médicaux suite à l'introduction de cette carte. Si la demande d'asile est acceptée, les personnes ayant obtenu un statut de réfugié sont affiliées au régime d'assurance maladie légale¹².

2.4. Débat politique

Les réseaux médicaux associatifs Medibüro et Medinetz et les associations d'aide médicale aux réfugiés font campagne pour l'alignement des prestations servies aux « demandeurs d'asile, réfugiés, tolérés et sans papier » sur le droit commun¹³.

Ils s'appuient pour cela sur les résultats d'une étude¹⁴ menée de 1994 à 2013 sur une cohorte de demandeurs d'asile, afin de comparer le coût d'un régime de prestation minimal (régi par *AsylbLG*) tel que celui accessible aux demandeurs d'asile avec le coût d'un régime de prestation standard. Les chercheurs avaient conclu que « le coût de l'exclusion des soins médicaux et de la toxicomanie des soins de santé apparaît finalement plus élevé que celui d'un accès régulier aux soins. Les dépenses excédentaires imputables à la restriction [de l'accès aux soins] sont considérables et ne peuvent être complètement expliquées par des différences de besoin » (cf. encadré 1).

Interpellé par le groupe de gauche die Linke sur les suites à donner à cette campagne, le gouvernement fédéral a répondu le 6 juillet 2018 : « Il n'est actuellement pas prévu d'accorder [aux sans-papiers] l'accès à un catalogue de prestations équivalent à celui du régime général d'assurance maladie (*gesetzliche Krankenversicherung* ou *GKV*). La situation juridique actuelle permet, aux yeux du gouvernement fédéral, de fournir des soins de santé adéquats aux personnes visées. [...] Le gouvernement fédéral soutient qu'un régime de prestations différencié est nécessaire en raison de la situation particulière des étrangers en question, dont la durée prévisible de séjour sur le territoire fédéral est très courte, qui sont déjà obligés de quitter le pays, ou dont l'autorisation de séjour sur le territoire fédéral reste sujette à l'examen d'une demande d'asile et n'est donc que temporaire. »

Spécifiquement sur l'étude susmentionnée, le gouvernement fédéral objecte que « l'étude citée, qui compare le coût des services de santé au cours des quinze premiers mois et la période de suivi, omet de considérer qu'il existe un certain nombre de facteurs indépendants du système qui peuvent augmenter les coûts initiaux. Ces facteurs incluent les séquelles de la migration et d'éventuelles expériences de violence dans le pays d'origine, qui peuvent générer un besoin accru de traitement ; ils incluent également une prise en charge et des soins de santé inadéquats dans le pays d'origine, qui peuvent rendre nécessaire un rattrapage en matière de traitement et d'anamnèse (retracement des antécédents médicaux) »¹⁵.

¹² Source pour ce paragraphe et les précédents : note de la direction des affaires communautaires et internationales de la Direction de la sécurité sociale en réponse à un questionnaire de la commission des finances du Sénat dans le cadre de la discussion du PLF 2019 (ci-après : « note DSS/DACI 2018 »).

¹³ <http://stopasylblg.de/>

¹⁴ Bozorgmehr K, Razum O (2015) *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013*. Article consultable en ligne à l'adresse : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>

¹⁵ Source : *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. Achim Kessler, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/2596 – Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere*.

Encadré 1 : Étude quasi-expérimentale sur l'effet de la restriction de l'accès aux soins de santé sur les dépenses de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés en Allemagne de 1994 à 2013

▪ Contexte

L'accès aux soins de santé pour les demandeurs d'asile et les réfugiés (DA&R) en Allemagne est initialement limité avant qu'un accès régulier ne leur soit accordé, ce qui entraînerait un retard dans les soins et une augmentation du coût des soins. Nous analysons les effets de (a) de l'accès restreint et (b) de deux réformes politiques majeures (1997 et 2007) sur les dépenses de santé des DA&R en 1994-2013.

▪ Méthode et constatations

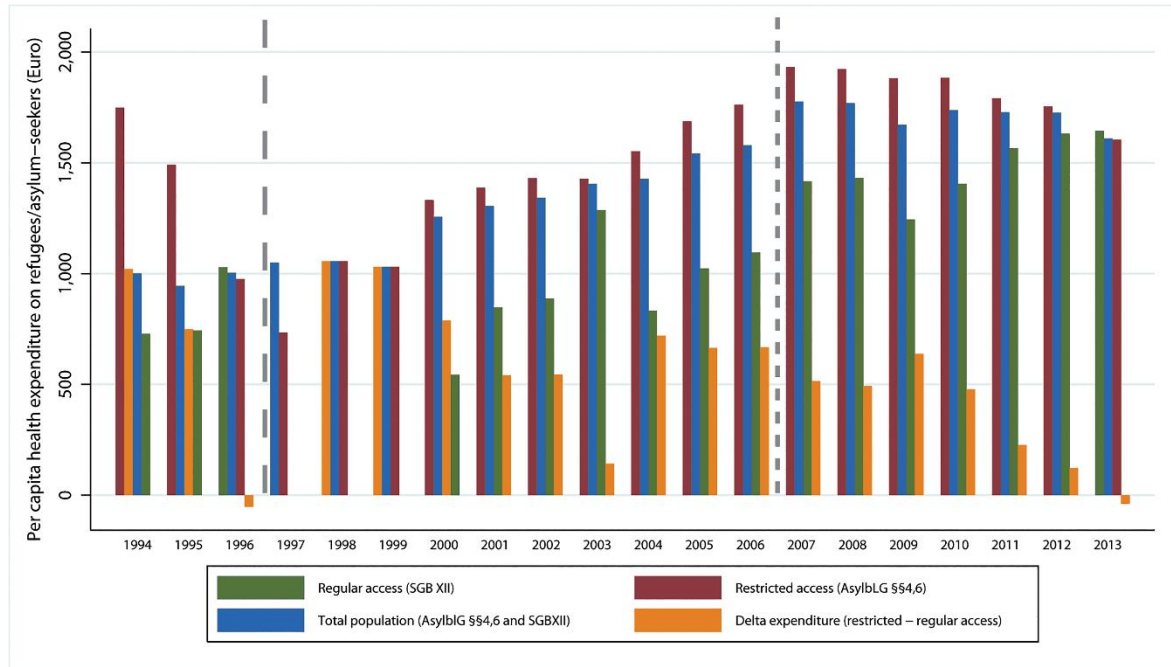
Nous avons utilisé les données agrégées annuelles nationales de l'Office fédéral allemand de la statistique (1994-2013) pour comparer les dépenses de santé des DA&R ayant un accès restreint avec celles des DA&R bénéficiant d'un accès standard. Nous avons calculé les différences de taux d'incidence (ΔIR) et les ratios de taux d'incidence (IRR) [...] Les dépenses par habitant (1994-2013) étaient plus élevées dans le groupe dont l'accès était limité en termes absolus ($\Delta IR = 375,80$ euros) et en termes relatifs (IRR = 1,39). [...] Les différences entre les groupes quant à l'âge moyen et au type de logement étaient les principaux prédicteurs indépendants des différences de dépenses entre les groupes. [...]

▪ Conclusions

Le coût de l'exclusion des soins médicaux et de la toxicomanie des soins de santé apparaît finalement plus élevé que celui d'un accès régulier aux soins. Les dépenses excédentaires imputables à la restriction de l'accès aux soins sont considérables [cf. graphique 1] et ne peuvent pas être complètement expliquées par des différences de besoin. Un discours fondé sur des preuves sur l'accès aux soins de santé pour DA&R en Allemagne est nécessaire; il nécessite de toute urgence des données de haute qualité au niveau individuel.

Source : Bozorgmehr K, Razum O (2015).

Graphique 1 : Dépenses de santé globales par habitant pour un échantillon de demandeurs d'asile et de réfugiés en Allemagne de 1994 à 2013



Source : Bozorgmehr K, Razum O (2015).

3. Belgique

3.1. Droit en vigueur

Le dispositif juridique régissant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière s'articule autour de loi du 8 juillet 1964, de la loi du 8 juillet 1976, de l'arrêté royal du 12 décembre 1996 et de la loi du 18 mars 2018.

Les personnes en situation irrégulière considérées comme « indigentes » peuvent bénéficier gratuitement de l'aide médicale urgente (AMU) sous conditions :

- ♦ les soins doivent avoir été prescrits par un professionnel de santé qui remplit une attestation d'urgence prouvant la « nécessité » des soins ;
- ♦ la personne doit prouver qu'elle réside dans le district où se situent son CPAS et qu'elle n'a pas les moyens de prendre en charge les frais.

Le droit en vigueur ne précise pas le champ des soins « nécessaires » et il n'existe aucune liste de soins admissibles pour l'AMU. Pour autant, plusieurs textes éclairent sur son périmètre potentiellement très extensif :

- ♦ l'arrêté royal du 12 décembre 1996 précise que l'AMU « peut être prestée tant de manière ambulatoire que dans un établissement de soins (et qu'elle) peut couvrir des soins de nature tant préventive que curative » ; « en cas de maladie contagieuses et soumises à des mesures de prophylaxie, l'AMU doit permettre la continuité des soins afin d'assurer la protection du patient et de la santé publique » ;
- ♦ le Conseil national de l'ordre des médecins dans son avis du 19 septembre 2015 a précisé la notion de caractère urgent en soulignant que « ce n'est pas à la dénomination de l'aide médicale qu'il convient de s'attacher, mais aux besoins qu'elle doit couvrir ». Ainsi, « le Conseil national considère que « les soins médicaux dispensés aux étrangers en séjour irrégulier ne peuvent se limiter aux soins immédiats et urgents à caractère vital mais qu'ils doivent inclure tous les soins nécessaires à une vie conforme à la dignité humaine ».

De jure, l'identification de la nécessité d'octroyer les soins revient au médecin qui a la charge de la prescription de ceux-ci et de remplir l'attestation d'urgence.

Pour autant, la loi du 18 mars 2018 ouvre la voie à une restriction potentielle de ce champ.

- ♦ elle crée une procédure de contrôle par laquelle un médecin de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) vérifie *a posteriori* que les soins administrés par les médecins exécuteurs relèvent du critère d'aide médicale urgente. Bien que la loi ne procède pas l'énumération des soins s'en situant hors champ, elle ouvre la voie à la constitution d'une jurisprudence de la CAAMI sur une liste de soins qui n'auraient pas vocation à relever de l'AMU ;
- ♦ un avis négatif du médecin de la CAAMI aura pour effet de sanctionner financièrement le médecin exécuteur d'une part et d'empêcher le remboursement des soins aux structures chargées d'octroyer les soins (les CPAS) d'autre part.

À noter que les mineurs étrangers bénéficient d'une protection renforcée puisqu'ils ont les mêmes droits à l'assurance santé que les nationaux.

3.2. Mise en œuvre du dispositif

L'accès à ces soins se fait auprès du centre public d'action sociale (CPAS, *Openbaarcentrum voor maatschappelijk, OCMW*)). Les CPAS financent dans un premier temps ces soins lesquels sont remboursés par l'État fédéral. Chaque CPAS définit les modalités d'accès aux soins : (i) procédures administratives et (ii) définition de l'indigence (revenu à disposition, paiement d'un loyer).

En pratique, plusieurs obstacles ont été en pratique relevés à l'accès aux soins et apparaissent différenciés selon les CPAS :

- ♦ la procédure administrative est complexe à appréhender par les bénéficiaires qui en outre manquent d'information et, selon le KCE, ne connaissent parfois pas le dispositif d'AMU ce qui est confirmée par le faible de taux de recours des migrants en situation irrégulière (de l'ordre de 10% à 20%) ;
- ♦ la procédure peut être relativement lente : l'enquête sociale¹⁶ à l'issue de laquelle les CPAS octroient l'autorisation d'accès aux soins peut prendre parfois plus de 30 jours. Le délai risque en outre d'être allongé dans le cas où le bénéficiaire change de lieu de résidence et doit référer à un nouveau CPAS lequel conduit à nouveau l'enquête sociale ;
- ♦ l'accès aux soins est très fortement différencié selon les CPAS (seuil de détermination de l'insuffisance des ressources, champ des soins pris en charge, durée de validité de l'AME en général de 92 jours mais varie de 1 à 30 jours voire 1 an).

3.3. Données

Plusieurs estimations du coût de l'AMU ont été réalisées. Le coût budgétaire est perçu comme limité à hauteur de 45 millions d'euros en 2013 (dernier chiffre disponible) soit environ soit 0,2% des dépenses de la sécurité sociale. Ces dépenses apparaissent relativement dynamiques avec une augmentation de 17% en depuis 2007. Elles sont fortement concentrées sur les frais d'hospitalisation à hauteur de 70%.

Le nombre de bénéficiaires, relativement stable et concentré géographiquement, a été estimé par le KCE de 10 000 à 30 000 par an. Il est remarqué qu'un faible nombre (de 10 à 20%) des personnes en situation irrégulière bénéficient de soins de santé. Le KCE souligne en outre que le nombre de bénéficiaires n'a pas augmenté depuis 2010. Il est noté une forte concentration géographique de ces derniers sur les très grandes villes : près de la moitié relève de la Région de Bruxelles-Capitale, d'Anvers et de Gand.

In fine, la hausse du coût budgétaire observée entre 2006 et 2013 est principalement portée par un effet « coût » : le coût moyen d'AMU par bénéficiaire est passé de 1700 € à 2540 € entre 2006 et 2013.

¹⁶ Circulaire du 14 mars 2014 : « Lorsque la demande concerne la prise en charge de factures d'aide médicale, le CPAS jugera de la nécessité et de l'opportunité de réaliser une enquête à domicile ».

3.4. Débat politique

Le débat s'est cristallisé sur les questions relatives au tourisme médical. Pour autant, les associations dont Médecins du Monde soulignent que le tourisme médical demeure un phénomène résiduel. Ils s'appuient notamment sur les chiffres disponibles en précisant que :

- ◆ 6% des migrants venus en Belgique avaient un problème de santé avant de migrer ce qui prouve que l'octroi de soins n'est pas un déterminant de la migration ;
- ◆ 90% des migrants en Belgique n'accèdent jamais aux soins.

Les associations (Ciré, Médecins du Monde) se montrent très critiques à l'endroit de la réforme de 2018 prévoyant des modalités de contrôle *ex post*. Elles craignent en effet que ces dispositions conduisent à restreindre l'accès à l'AMU¹⁷ et dés-incitent les migrants à bénéficier des soins. Elles préconisent au contraire une simplification administrative du dispositif.

¹⁷ En fonction du CPAS auquel le patient se réfère, les refus d'accords pouvaient aller de 2% à 26%.

4. Danemark

4.1. Droit en vigueur

En vertu de la loi sur la santé, le droit d'accès aux services de santé dépend d'un **critère de résidence** matérialisé par l'inscription au registre de la population (*Folkeregisteret*). Cette définition du critère de résidence exclut de fait les personnes en situation irrégulière du droit commun.

L'article 7 de la loi sur la santé, précisé par l'ordonnance n° 293 du 27 mars 2013 sur le droit à un traitement hospitalier, précise cependant que les personnes qui ne sont pas enregistrées avec résidence au Danemark ont néanmoins un accès limité aux services de santé publics. Ces personnes ont « le droit de subir un **traitement hospitalier aigu** (*akut sygehusbehandling*) dans la région de résidence en cas d'**accident**, de **maladie apparue subitement** (*pludseligt opstået sygdom*), d'**accouchement** ou d'**aggravation d'une maladie chronique**. Le traitement est accordé dans les mêmes conditions que pour les résidents [danois], » c'est-à-dire de façon inconditionnelle et gratuite.

En-dehors des cas aigus visés ci-dessus, « le conseil régional de la région de résidence peut fournir des soins hospitaliers **lorsqu'il n'est pas jugé raisonnable de diriger la personne vers un traitement dans son pays d'origine** ». Dans ce cas, le conseil régional « peut exiger le paiement » des traitements mais peut aussi les accorder gratuitement « lorsque cela est jugé raisonnable compte tenu des circonstances »¹⁸.

L'évaluation du caractère aigu du besoin de traitement et du caractère raisonnable ou déraisonnable d'une reconduite de la personne dans son pays d'origine repose sur une **évaluation médicale** du patient.

La loi danoise ne prévoit **pas de cas particulier pour le suivi de la maternité et de l'enfance**. Les femmes enceintes non-résidentes n'ont pas le droit à un suivi de grossesse en dehors des cas considérés comme « aigus » : complications et naissance hors terme. Si une femme non-résidente se présente à un hôpital pour un accouchement, elle sera prise en charge mais pourra se voir facturer cette prise en charge si l'accouchement se produit à terme et sans complications, à moins que les autorités de la région concernée ne considèrent les circonstances comme pouvant « raisonnablement » justifier une gratuité des soins. Les enfants nouveau-nés n'ont en principe pas droit aux examens médicaux et vaccinations qui sont réalisés de façon standard pour les enfants de résidents.

Il n'existe **pas non plus de règles spécifiques concernant l'accès à la vaccination ou au traitement des maladies contagieuses** pour les non-résidents¹⁹.

La loi sur la santé n'autorise pas les personnes sans domicile enregistré au Danemark à bénéficier d'un traitement gratuit dans le secteur primaire, c'est-à-dire chez un médecin généraliste, une infirmière, etc. Cependant, les prestataires de soins de santé privés peuvent offrir un traitement et en demander le paiement au patient ; il leur est interdit de discriminer sur la base de la nationalité.

¹⁸ Source : décret exécutif n° 293 du 27 mars 2013 sur le droit à une hospitalisation, art. 5.

¹⁹ Source : Prestations de santé pour les migrants non-enregistrés, publication du ministère de la santé, 2014.

Annexe II

Les professionnels de santé ont une **obligation de confidentialité étendue** au Danemark. Les informations de santé et autres informations purement privées ou confidentielles ne peuvent être divulguées à d'autres autorités sans le consentement du patient, comme prévu par la loi, et la divulgation doit être justifiée par un intérêt public ou par l'intérêt essentiel du patient, du professionnel de la santé ou d'un tiers²⁰.

Il est à noter qu'en vertu de l'article 42 de la loi sur l'immigration, précisée par l'ordonnance n° 239 du 10 mars 2019, **les personnes ayant déposé une demande d'asile et les « étrangers n'ayant pas le droit de résider au Danemark » et s'étant fait connaître aux autorités** forment une catégorie à part : leurs frais d'entretien (vêtements, hygiène, nourriture) et de santé sont couverts par le service de l'immigration. En dehors des enfants qui bénéficient des mêmes prestations que les enfants résidents, le périmètre des prestations est limité aux « soins de santé nécessaires » c'est-à-dire aux traitements urgents et/ou visant à soulager la douleur. Est considéré comme urgent un traitement qui ne peut être différée en raison du risque de blessure, du risque de développement, de progression grave ou de chronicisation de la pathologie²¹.

4.2. Données

Il y aurait au Danemark, en 2014, environ 22 000 personnes en situation irrégulière²².

²⁰ Source pour ce paragraphe et le précédent : « Les migrants non-enregistrés », publication de l'institut pour les droits humains (*Institut for menneske rettigheder*), 2018.

²¹ Source : Prestations de santé pour les migrants non-enregistrés, publication du ministère de la santé, 2014.

²² Source : note DSS/DACI 2018.

5. Espagne

5.1. Droit en vigueur

Le décret du 20 avril 2012 a fortement limité dans son article 3^{ter} l'accès des migrants en situation irrégulière au système de santé publique. Dans le but de réduire les dépenses de santé dans un contexte de consolidation des finances publiques, plusieurs conditions ont été introduites pour réduire l'accès aux soins : hormis pour les femmes enceintes, les demandeurs d'asile et les mineurs, seuls les soins urgents sont pris en charge gratuitement. En outre, les médicaments prescrits doivent être payés par les patients. Une fois la situation d'urgence prise en charge par les services de santé, la personne en situation irrégulière était renvoyée chez elle. Selon le gouvernement espagnol, cette mesure a eu pour effet de retirer près de 160 000 cartes de santé appartenant à des migrants en situation irrégulière.

Cette mesure aurait emporté des effets négatifs sur le plan de la santé publique. D'abord, la restriction de l'accès aux soins serait²³ à l'origine d'une hausse de 15% du taux de mortalité des migrants entre la période d'avant la réforme (pré 2012) et d'après (2013-2015). Ensuite, les maladies infectieuses semblent s'être davantage propagées après l'adoption de la restriction de l'accès aux soins. En ce sens, le Centre national d'épidémiologie a mis en évidence une hausse de la prévalence d'hépatite B alors que la période d'avant la réforme était marquée par une tendance baissière. Enfin, la restriction de l'accès aux soins a eu des effets directs sur les populations atteintes de maladies chroniques notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer ou le diabète. La plate-forme « REDER » estime à 1500 le nombre de personnes décédées entre janvier 2014 à juillet 2015 faute de soins.

En pratique, la mise en œuvre des dispositions nationales s'est heurtée à des obstacles politiques des autonomies. Disposant de compétences d'application de la politique de santé, plusieurs autonomies n'ont que partiellement suivi les orientations nationales sur le sujet : ainsi seules 8 sur 17 d'entre elles les ont appliquées entre 2012-2014 (cf. tableau 1 ci-dessous). Cette situation a donné lieu à un contentieux constitutionnel entre le gouvernement central et les autonomies notamment Pays Basque et Valence. Ce contentieux a été tranché par la Cour constitutionnelle en décembre 2017 laquelle a précisé qu'aucun texte régional ne saurait étendre l'accès aux soins à un champ de bénéficiaires plus large que celui précisé par les orientations nationales du décret du 20 avril 2012.

En outre, cette décision a suscité une mobilisation de la société civile en Espagne. D'abord, les associations ont constitué une plate-forme « REDER » rassemblant près de 150 associations en faveur de la restauration de la couverture universelle. Ensuite, la communauté médicale nationale a fortement condamné cette décision, ainsi de l'association « le Forum des médecins urgentistes » l'a dénoncée dans une lettre publique au motif qu'elle était contraire au code de déontologie médicale. Les associations internationales « Médecins du Monde » et « Médecins sans frontière » se sont également mobilisées.

²³ Peralta-Galleg, J. Gené-Badia, Pedro Gallo, novembre 2018, « Effects of undocumented immigrants exclusion from health care coverage in Spain » *Health Policy*, volume 122, Issue 11.

Tableau 2 : l'application hétérogène des orientations nationales par les autonomies

Autonomous Community	2012–2014 [8,9]
Andalusia	Recognition of access
Aragon	Full implementation of RDL. Denial of access
Asturias	Recognition of access ^a
Balearic Islands	Full implementation of RDL. Denial of access
Basque Country	Recognition of access ^a
Canary Islands	Nuanced application
Cantabria	Full implementation of RDL. Denial of access
Castile La Mancha	Full implementation of RDL. Denial of access
Castile and Leon	Nuanced application
Catalonia	Recognition of access ^a
Extremadura	Full implementation of RDL. Denial of access
Galicia	Nuanced application
La Rioja	Full implementation of RDL. Denial of access
Madrid	Full implementation of RDL. Denial of access
Navarre	Recognition of access
Murcia	Full implementation of RDL. Denial of access
Valencia	Nuanced application

Source : L. Peralta-Galleg, J. Gené-Badia, Pedro Gallo, 2018.

Dans un contexte d'alternance politique, le nouveau gouvernement fait de la couverture médicale universelle un argument essentiel de sa campagne. Il a, par un décret du 27 juillet 2018, ré-ouvert l'accès des migrants en situation irrégulière à l'ensemble des soins couverts par la couverture médicale de droit commun et appliquée aux citoyens espagnols. Aux termes de l'article 3^{ter} du décret, il est en effet précisé que « les personnes étrangères non enregistrées, ni autorisées à résider en Espagne ont droit à la protection de leur santé et accès aux soins dans les mêmes conditions que les personnes disposant de la nationalité espagnole ».

Ce droit est néanmoins encadré par plusieurs dispositions notamment destinées à « le tourisme de santé » :

- ◆ les patients doivent être dépourvus de toute assurance maladie dans leur pays d'origine ;
- ◆ une partie du coût du traitement est prise en charge : ces patients doivent payer 40% du prix du marché des médicaments qui leur sont administrés ;
- ◆ une condition de résidence de trois mois doit être remplie : les migrants doivent prouver qu'ils résident sur le territoire depuis plus de 90 jours ; pour accéder à la liste d'attente des greffes, cette condition de résidence atteint 2 ans ;
- ◆ en l'absence de preuve de résidence de trois mois, les migrants en situation irrégulière doivent se rendre auprès des services sociaux de l'autonomie lesquels après examen de la situation leur délivre un carnet autorisant l'ouverture de l'accès aux soins.

L'accès aux soins des migrants en situation irrégulière s'inscrit dans un cadre décentralisé. L'article 3^{ter} du décret du 27 juillet 2018 précise que les autonomies sont chargées d'en préciser les modalités de mise en œuvre (démarches administratives, structures de santé dédiées) et d'en financer l'intervention. Cette décentralisation emporte des contraintes pour les migrants en situation irrégulière notamment pour ceux qui n'ont pas pu prouver qu'ils ont résidé plus de 90 jours en Espagne lesquels ne peuvent se faire soigner que dans les structures situées dans l'autonomie qui leur a délivré le carnet d'ouverture des droits d'accès aux soins. Enfin, les autonomies doivent informer le ministère de la Santé des procédures qu'elles mettent en place.

5.2. Données

La mission ne dispose pas de données sur le nombre de migrants en situation irrégulière bénéficiant du système de soins ni sur le coût qui y est associé. Pour autant, le nombre de migrants en situation irrégulière qui sont autant de bénéficiaires potentiels du système de soins est estimé entre 900 000 et 1 million de personnes²⁴. En outre, la mission n'a pas été en mesure d'apprécier le coût des soins associés. Néanmoins, les évaluations du ministère de la Santé préalables à la mise en place du décret réduisant l'accès aux soins mettaient en avant des réductions annuelles de dépenses publiques variant de 500 M € à 1,5 Mds € en estimation haute.

²⁴ Selon les calculs d'« Eldiariocritico » et du réseau associatif « la RED ». (RED, regroupement d'associations).

6. Italie

6.1. Droit en vigueur

L'article 32 de la Constitution italienne stipule que « la République protège la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité ». La Cour de cassation et le Conseil d'État ont à plusieurs reprises réaffirmé la prééminence de ce principe sur l'intérêt de l'État à expulser du territoire national un étranger sans titre de séjour²⁵.

D'après le décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998²⁶, « les ressortissants étrangers présents sur le territoire national qui ne respectent pas les règles en matière d'entrée et de séjour bénéficient, **dans les établissements publics accrédités, de soins médicaux ambulatoires et hospitaliers urgents ou, en tout état de cause, essentiels bien que continus** (*urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative*), **pour cause de maladie et d'accident** ».

Sont également assurés pour ces personnes :

- ◆ les **soins relatifs à la grossesse et à la maternité**, « dans des conditions d'égalité de traitement avec les citoyens italiens, conformément à la loi du 29 juillet 1975, n° 405 et 22 mai 1978, n° 194, et du décret du ministre de la Santé du 6 mars 1995, publié au Journal officiel n° 87 du 13 avril 1995 » ;
- ◆ la **protection de la santé de l'enfant** en application de la Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, ratifiée et appliquée conformément à la loi du 27 mai 1991, n° 176 ;
- ◆ les **vaccinations** conformément à la réglementation et dans le cadre de campagnes de prévention collectives autorisées par les régions ;
- ◆ les **interventions de prophylaxie internationale** ;
- ◆ le **diagnostic et traitement des maladies infectieuses** et, le cas échéant, la résorption des foyers infectieux correspondants²⁷.

La circulaire n°5 du 24 mars 2000²⁸ précise l'interprétation du décret législatif :

- ◆ les « soins urgents » sont des « soins qui ne peuvent être différés sans danger pour la vie ou sans dommages pour la santé de la personne » ;
- ◆ les « soins essentiels » sont des « prestations de santé, de diagnostic et de traitement liées à des maladies non dangereuses dans l'immédiat et à court terme, mais qui, à terme, pourraient entraîner des dommages majeurs pour la santé ou un risque pour la vie (complications, "chronicisations" ou aggravations) » ; l'adjonction des soins essentiels aux soins urgents permet ainsi d'inclure dans une certaine mesure les maladies chroniques dans le périmètre des pathologies prises en charge ;
- ◆ est réaffirmée enfin le principe de la continuité des soins « dans le sens de garantir aux malades le cycle complet du traitement et de la réadaptation en vue de la possible résolution possible de l'événement morbide ».

²⁵ Corte di Cassazione, Sezione Prima Civile, Sentenza del 24 gennaio 2008 n° 1531 ; Cons. di Stato, Sentenza n. 5286 del 20 settembre 2011 ; Corte di Cassazione, sezioni Unite Civili, sentenza del 5 giugno 2012.

²⁶ « Texte consolidé des dispositions concernant la réglementation en matière d'immigration et les règles relatives au statut des étrangers », <https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>.

²⁷ Source : décret législatif du 25 juillet 1998, n° 286, art. 35.

²⁸ <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=17884>

Toutes ces prestations « sont fournies gratuitement aux demandeurs s'ils ne disposent pas de ressources financières suffisantes, sans préjudice de la part de la participation aux dépenses sur un pied d'égalité avec les citoyens italiens »²⁹ – c'est-à-dire à condition du paiement d'un ticket modérateur lorsqu'il est applicable³⁰.

Le décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998 précise en outre que « l'accès aux services de santé de l'étranger qui ne respecte pas les règles du séjour ne peut donner lieu à **aucun type de notification à l'autorité**, sauf dans les cas où le signalement est obligatoire », auquel cas cette obligation de signalement s'applique dans les mêmes conditions au citoyen italien³¹.

6.2. Mise en œuvre du dispositif

Concrètement, lors du premier recours à la prestation, le bénéficiaire se voit attribuer un **code d'étranger temporairement présent** (*straniero temporaneamente presente* ou STP), **valable pendant six mois et renouvelable** si l'étranger reste sur le territoire national. Ce code d'identification est composé de seize caractères : trois caractères pour les initiales STP, six caractères identifiant la province la structure publique fournissant les services (code ISTAT), et sept caractères en tant que numéro progressif attribué au moment de la publication. Il est reconnu sur tout le territoire national et doit être utilisé à la fois pour signaler, aux fins de remboursement, les services fournis par les structures accréditées du service de santé national (*Servizio sanitario nazionale* ou SSN), et pour la prescription de médicaments par les pharmacies affiliées.

L'état d'indigence du sujet est attesté, au moment de l'attribution du code régional à STP, par la signature d'une « **déclaration d'indigence** », également valable pour six mois, établie conformément à un modèle officiel. Cette déclaration permet d'accéder à des soins gratuits dans la limite des prestations susmentionnées. Les frais de santé sont alors pris en charge par l'Unité sanitaire locale (USL) du lieu de prise en charge, qui en obtient le remboursement :

- ◆ du Ministère de la santé (ou du Ministère de l'intérieur jusqu'en 2016) pour les prestations « urgentes ou, en tout état de cause, essentielles » ;
- ◆ du Fonds national de la santé pour les autres prestations, la charge correspondante étant compensée par une réduction à due concurrence des programmes d'interventions d'urgence³².

Chaque année, le comité interministériel pour la programmation économique (CIPE) assigne aux régions une part du FSN destinée à l'assistance sanitaire des étrangers dépourvus de titre de séjour. De même, le ministère de la santé finance annuellement, a posteriori, sous forme de remboursement, les frais des soins hospitaliers urgents et essentiels fournis par les autorités sanitaires localement compétentes en matière de santé (« aziende sanitarie locali » (ASL), « aziende ospedaliere » (AO) et « aziende ospedaliere universitarie » (AOU)).

²⁹ Source : décret législatif du 25 juillet 1998, n° 286, art. 35.

³⁰ Les citoyens italiens sont exemptés de ticket modérateur dans les cas suivants : hospitalisations urgentes et services ambulatoires urgents avec accès direct (premiers secours, service médical de garde, etc.) ; visites médicales généralistes dans des établissements publics ; vaccinations obligatoires, interventions de prévention et de prophylaxie visant à protéger la santé publique ; prestations relatives à la maternité et à la santé de l'enfant ; maladies chroniques et invalidantes, maladies rares. On notera que ces cas couvrent de façon quasi-exhaustive les prestations offertes aux ressortissants étrangers, de sorte que la question du ticket modérateur semble très théorique dans le cas italien.

³¹ Source : décret législatif du 25 juillet 1998, n° 286, art. 35.

³² Source pour ce paragraphe et les précédents : circulaire n°5 du 24 mars 2000.

6.3. Données

Dans le budget 2018, 89 millions d'euros ont été alloués au ministère de la santé au titre du remboursement des frais d'assistance sanitaire et d'hospitalisation des étrangers en situation irrégulière. Ce montant semble se stabiliser à ce niveau – après avoir connu une période de forte hausse entre 2014 (40 millions d'euros) et 2016 (90 millions d'euros).

Le montant accordé par le CIPE aux régions au titre de l'assistance sanitaire aux étrangers dépourvus de titre de séjour reste globalement stable dans la période 2014-2017 (31 millions d'euros), même si les montants régionaux ont varié au gré des besoins observés localement.

Il n'existe pas de données agrégées au niveau national sur le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État italienne (nombre de détenteur d'un code STP). De même, les régions ne comptabilisent pas ces données, considérant qu'un étranger peut être en possession de plusieurs codes STP valides. La région du Latium a néanmoins entrepris de mettre en place un système informatisé permettant de quantifier le nombre de code STP délivré, ce système n'est pas encore effectif.

Les associations considèrent que le nombre de bénéficiaires du dispositif d'aide médicale d'État pourrait être estimé à un total compris entre 5 et 10 % du nombre d'étrangers extra-communautaires résidants régulièrement sur le territoire. En partant d'un total de près de 3,6 millions de résidants extra-communautaires (données 2016), on pourrait estimer que **le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État italienne est compris entre 180 000 et 360 000. Il y aurait environ 500 000 étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire italien.**

Enfin, la répartition des ressources allouées aux régions identifie le nombre d'actes réalisés pour des bénéficiaires d'un code STP : près de 12 millions d'actes auraient été délivrés à des détenteurs d'un code STP ; toutefois, ce nombre porte sur des actes (y compris délivrance de médicaments) et ne donne par conséquent aucune visibilité sur le nombre, même approximatif, de bénéficiaires³³.

³³ Source pour ce paragraphe et les précédents : note DSS/DACI 2018.

7. Royaume-Uni

7.1. Droit en vigueur

Le cadre juridique régissant l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière est articulé autour de l'*Immigration Act* (2014), du *Charging Regulations* (2017) et sur ces bases des orientations du *National Health Service*.

L'accès aux soins est gratuit pour une liste restreinte de traitements :

- ◆ les traitements immédiatement nécessaires pour le patient : sauver leur vie, prévenir l'apparition d'une maladie susceptible de porter atteinte à leur vie ou d'avoir un impact irréversible sur la santé du traitement ;
- ◆ les traitements urgents sont ceux qui ne sont pas considérés comme immédiatement nécessaires mais qui ne peuvent « raisonnablement » pas attendre le temps que la personne quitte le territoire. Cela implique que plus la personne doit rester au Royaume-Uni, plus le spectre de soins considérés comme urgents et auxquels elle a accès sera large.

Le *National Health Service* donne une liste plus exhaustive mais non limitative³⁴ des traitements pris en charge gratuitement sans prise en compte de la nationalité du patient. Il s'agit de :

- ◆ des soins prodigués (ophtalmique, dentaire...) dans les services d'urgence ;
- ◆ des diagnostics et du traitement de maladies contagieuses notamment le VIH, la tuberculose et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient ;
- ◆ des soins pour les femmes enceintes (sont exclus les traitements d'infertilité ou l'interruption volontaire de grossesse) ;
- ◆ des traitements faisant suite à des atteintes mentales ou physiques causées par des faits de tortures, de violences domestiques ou de mutilation ;
- ◆ les soins palliatifs ou l'accompagnement en fin de vie.

La charge de l'identification de l'urgence, du non-urgent et de la nécessité immédiate revient au praticien. Il revient au praticien de décider si le traitement est immédiatement, nécessaire, urgent ou non-urgent.

Pour les autres soins, considérés comme « non urgent » ou « non immédiatement nécessaire », le principe qui s'applique aux migrants en situation irrégulière est différencié selon les personnes :

- ◆ d'une part, pour les femmes enceintes, les demandeurs d'asile, les mineurs, l'accès aux soins sera gratuit ;
- ◆ d'autre part, pour les autres migrants en situation irrégulière, l'accès aux services de soins est payant à hauteur de 150% le coût du service rendu, il s'agit de la *health surcharge*. Le paiement se fait selon des modalités d'*upfront charging* c'est-à-dire que le soin est administré une fois le paiement ou la vérification de la capacité du patient à payer est réalisé.

³⁴ Guidance on overseas visitors hospital charging regulations (NHS, 2017).

7.2. Mise en œuvre du dispositif

En pratique, divers éléments ont fait ou font aujourd'hui obstacle à l'octroi de traitements aux migrants en situation irrégulière.

D'abord, le ministère de l'Intérieur a passé, en avril 2017, une convention avec le *National Health Service* précisant que les docteurs devraient lui transmettre les informations « non-cliniques » des patients (dernière adresse connue, date de naissance...) dans le but notamment de faciliter le renvoi en dehors du territoire anglais. Face aux protestations des praticiens et des associations, cette disposition a finalement été abandonnée en 2018 alors qu'elle était perçue comme un obstacle à l'octroi de soins jugés « urgents » ou « immédiatement nécessaires ». D'après Médecins du Monde, cette mesure aurait conduit à dés-inciter près de 10% des migrants à bénéficier de traitements pourtant urgents y compris pour des femmes enceintes.

Ensuite, la complexité du système de soins est de nature à induire en erreur les structures de santé lesquelles ne délivrent pas des soins pourtant jugés urgents ou immédiatement nécessaires et auxquelles elles appliquent la procédure administrative pour les soins non urgents :

- ♦ d'une part, certaines structures demandent aux migrants en situation irrégulière de payer avant l'octroi des soins alors que l'accès à ces soins doit être gratuit ;
- ♦ d'autre part, d'après Médecins du Monde, près de 20% des migrants en situation irrégulière et demandeurs d'asile seraient exclus de l'accès aux soins urgents ou immédiatement nécessaires faute de pouvoir remplir des documents administratifs attestant de leur lieu de résidence ou de leur identité alors que ces soins doivent être octroyés sans conditions.

En théorie, les migrants en situation irrégulière peuvent se rendre dans l'ensemble des centres de soins pour bénéficier des traitements (NHS Trusts, hôpitaux publics, maternités...). Dans les faits, compte tenu des obstacles précédemment évoqués, ils privilégient les centres gérés par les associations telles Médecins du Monde.

7.3. Données

Le nombre de personnes en situation irrégulière, soit le nombre de bénéficiaires potentiels, représente 600 000 personnes.

Le coût budgétaire de l'aide aux migrants en situation irrégulière est estimé à 330 M de livres par an dans une étude de 2013³⁵, ce qui représenterait environ 0,3% du budget du NHS. Le coût moyen par patient était estimé à 570 livres. En outre, il est estimé que l'introduction de la *health surcharge* a généré des gains de l'ordre de 160 M de livres en 2015.

Tableau 2 : Estimation du coût brut des soins aux migrants en situation irrégulière

Groupe de migrants	Population (en milliers)	Coût total (M£)	Coût per capita (£/personne)
Déboutés du droit d'asile	16	8	531
Autres étrangers en situation irrégulière	564	322	571
Total étrangers en situation irrégulière	580	330	570

Source : Quantitative Assessment of Visitor and Migrant Use of the NHS in England Exploring the Data (2013).

³⁵ *Quantitative Assessment of Visitor and Migrant Use of the NHS in England Exploring the Data (2013).*

7.4. Débat politique

Dans le contexte de dégradation de la situation financière du NHS, la question de l'impact budgétaire de l'immigration en matière de santé a été fortement débattue. Ce débat a conduit les autorités à restreindre progressivement l'accès aux soins : mise en place du service payant à hauteur de 150%, (2014), paiement avant octroi du traitement dans les *Trusts* du NHS (2017) et plus récemment extension du paiement avant octroi dans l'ensemble des structures délivrant des soins (2018).

En outre, la question s'est notamment cristallisée autour du phénomène de « tourisme de santé » dont le coût a été estimé entre 20 et 100 millions de livres par an. Néanmoins, le *National AIDS Trust* relève qu'il n'existe pas de preuves que des migrants viennent au Royaume-Uni pour bénéficier du traitement contre le VIH.

8. Suède

8.1. Droit en vigueur

La loi n° 2013-407 sur « les soins de santé pour certains étrangers résidant en Suède sans les autorisations nécessaires » énonce les obligations s'imposant aux conseils de comté (responsables pour la politique de santé), en plus des dispositions de la loi n° 2017-30 sur la santé et les soins médicaux et de la loi n° 1985-125 sur les soins dentaires. Cette loi couvre les « les étrangers qui résident en Suède sans l'appui de décisions ou de lois du gouvernement », à l'exception des « étrangers dont le séjour en Suède est censé être temporaire ».

Doivent être offerts à ces personnes :

- ◆ **lorsqu'elles ont moins de 18 ans, l'ensemble des prestations du droit commun ;**
- ◆ **lorsqu'elles ont plus de 18 ans :**
 - **les « soins qui ne peuvent pas attendre (*vård som inte kan anstå*) » ;**
 - **des soins de santé maternelle et d'avortement, ainsi que des conseils sur la contraception³⁶.**

Le concept de « soins qui ne peuvent pas attendre » est précisé par le commentaire de loi n° 2012/13:109 proposé au parlement par le gouvernement le 14 mars 2013. Les « soins qui ne peuvent pas attendre » incluent « les soins et le traitement des maladies et des blessures **dans les cas où même un retard modéré aurait des conséquences graves pour le patient.** Les traitements consécutifs associés (*därmed sammanhängande följdinsatser*) à ces soins sont également couverts ; [il peut s'agir] par exemple de l'achèvement d'un traitement antituberculeux, du contrôle par rayons X de la guérison des fractures, de l'enlèvement d'un plâtre ou de sutures, de [la pose d'une] prothèse dentaire si une extraction dentaire a été réalisée sur l'indication éligible, ou encore de [la pose d'une] prothèse de membre en cas d'amputation. **Les soins doivent être prodigués à un stade précoce**, lorsque cela peut contrecarrer le développement d'une maladie plus grave et la nécessité d'un traitement plus étendu. Quand il s'agit d'une personne ayant des besoins spéciaux, par exemple d'une personne victime d'actes de violence graves, il conviendra d'être particulièrement vigilant lors de l'évaluation des soins "qui ne peuvent pas attendre". Les soins "qui ne peuvent pas attendre" peuvent également inclure le prêt de dispositifs d'aide [technique] aux personnes handicapées. [...] Lors de l'évaluation des soins à fournir, il faut tenir compte de l'incertitude sur la durée de séjour de l'étranger dans le pays »³⁷.

Un conseil de comté peut en outre offrir aux étrangers âgés de 18 ans révolus des prestations supérieures à celles définies ci-dessus ; il fixe alors les conditions de règlement des frais correspondants. Cependant « le gouvernement peut [également] édicter des règlements sur les frais de soins de santé et sur les produits pharmaceutiques et autres produits »³⁸.

Le commentaire de loi n° 2012/13:109 énonce ainsi que « les soins offerts aux personnes résidant dans le pays sans permis doivent être subventionnés. Le conseil de comté devrait être autorisé à facturer des frais de soins, mais ceux-ci ne devraient pas dépasser les frais applicables aux demandeurs d'asile ». En effet les personnes résidant dans le pays sans permis devaient jusqu'en 2012 assumer la totalité des coûts des soins de santé et des soins dentaires proposés par les conseils de comté.

³⁶ Source : loi n°2013-407, art. 7.

³⁷ Source : commentaire de loi n° 2012/13:109 proposé au parlement par le gouvernement le 14 mars 2013.

³⁸ Source : loi n°2013-407, art. 8 et art. 11.

8.2. Mise en œuvre du dispositif

Concrètement, **un étranger malade peut se rendre dans un centre de santé ou un centre de soins spécialisé (par exemple une réception oculaire) dans n'importe quelle région de Suède**. Il peut être orienté vers un spécialiste à travers une « référence » (*remiss*, équivalent du système français de médecin traitant). Il n'est pas nécessaire d'avoir une référence pour faire une demande de soins dans un centre de santé.

Les tickets modérateurs suivants s'appliquent aux demandeurs d'asile comme aux personnes résidant dans le pays sans permis :

- ♦ **50 couronnes suédoises (4,70 €) pour une consultation** chez le médecin dans un centre de santé, une consultation dentaire auprès d'un professionnel agréé, des soins médicaux prodigués par un spécialiste sur référence, ou pour des médicaments (les frais peuvent être plus élevés en cas de non-respect du parcours de soins) ;
- ♦ **25 couronnes suédoises (2,35 €) pour tous soins de santé autres que des soins médicaux** (infirmier, physiothérapeute, etc.).

Les soins sont par ailleurs gratuits en cas de maladie infectieuse, en sus des cas de gratuité mentionnés ci-dessus³⁹.

En avril 2014, le Gouvernement a chargé l'agence suédoise pour le management public (*Statskontoret*) d'analyser le cadre réglementaire, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2013. Selon le rapport de *Statskontoret*, la plupart des personnes en situation irrégulière qui demandent des soins de santé, des soins dentaires et des médicaments les reçoivent conformément à la loi. Parmi les 21 comtés, 6 d'entre eux offrent des soins complets aux sans-papiers c'est-à-dire plus de soins que ne le requiert la loi. Cependant, il existe certains obstacles à l'accès aux soins pour les sans-papiers, notamment du fait que les personnels de santé connaissent mal la loi.

La fourniture des soins de santé à l'égard des sans-papiers n'est pas homogène sur tout le territoire national entre les 21 comtés. L'interprétation de l'obligation d'offrir des soins aux sans-papiers est différente selon les comtés. Les comtés n'ont généralement pas développé de solutions spécifiques pour les sans-papiers. Cependant, plusieurs comtés ont des centres de santé où des compétences spéciales sont rassemblées pour recevoir des demandeurs d'asile et des personnes sans papier. Par exemple, dans le comté de Västmanland, il existe un centre médical spécial dans la ville de Västerås - *Asylum and Integration Health (AIH)* - pour les demandeurs d'asile et les personnes sans-papier. Les personnes peuvent obtenir une visite chez le médecin, des séances de psychothérapie, être référées vers un spécialiste et obtenir des prescriptions de médicaments. Il est également possible de faire appel à des interprètes dans plusieurs langues. AIH possède également des services de soins de gynécologie-obstétriques et à destination des enfants⁴⁰.

³⁹ Source : site officiel de « guide de soins » en ligne, www.1177.se.

⁴⁰ Source : note DSS/DACI 2018.

8.3. Données

Entre 2014 et 2015, le nombre de visites de personnes en situation irrégulière pour des soins médicaux et dentaires a augmenté de 56%, passant d'environ 19 000 à près de 30 000 visites. Le comté de Stockholm, par exemple, a uniquement signalé des visites dans les soins primaires, alors que la région de Västra Götaland (ouest du pays) n'a signalé aucune visite dans les soins primaires. De nombreux comtés, y compris le comté de Stockholm et la région Skåne (sud du pays), ne fournissent aucune information sur les soins dentaires. Le nombre réel de visites devrait se situer **entre 35 000 et 40 000 visites en 2015**. Dans une certaine mesure, l'augmentation s'explique en partie par le fait que les registres des comtés sont plus complets qu'auparavant. Par exemple, plus de comtés déclarent les consultations dentaires.

Les rapports publiés par les comtés montrent que les sans-papiers reçoivent tout type de soins. À Stockholm par exemple, la moitié des visites a été faite par un médecin en 2015, un cinquième des visites par une infirmière et un sixième par une sage-femme. En outre, les psychologues, les physiothérapeutes et orthophonistes ont reçu entre 200 et 300 visites, soit entre 2% et 3% des visites totales. La majorité des consultations se font dans les soins primaires et les soins ambulatoires. Toutefois, la majeure partie des dépenses du comté vont aux soins hospitaliers et aux soins spécialisés. Les soins primaires à Stockholm ne représentaient que 16% des coûts totaux de soins de santé en 2015. Dix comtés ont publié le montant alloué aux soins dentaires aux sans-papiers en 2015. Dans la plupart de ces cas, ces coûts représentaient entre 4% et 8% du coût total des soins de santé.

À Stockholm, ainsi que dans la plupart des autres comtés, environ un tiers des visites concerne un enfant de moins de 18 ans. Huit comtés ont indiqué dans leur rapport le nombre de visites de femmes et d'hommes. Dans la plupart des petits comtés, les femmes adultes représentent une nette majorité des patients reçus pour des soins. Par exemple, dans la région de Stockholm, 60% des soins primaires concernaient des femmes. Dans la région Skåne, le nombre de consultations d'hommes ou de femmes est équivalent. Bien qu'il y ait généralement plus de femmes en consultation, constat qui pourrait s'expliquer en partie par l'offre de soins de maternité, les hommes sont plus nombreux à demander l'asile en Suède et à y être en situation irrégulière.

Le gouvernement a consacré en 2015, **une enveloppe de 300 millions de couronnes suédoises (31,5 millions €) aux 21 comtés pour financer les soins de santé à l'égard des sans-papiers**. Les coûts ont augmenté depuis la mise en place de la loi de 2013 : entre 2014 et 2015, les dépenses de santé des comtés sont passées de 100 à 150 millions de couronnes (de 10,5 à 15,75 millions d'euros), soit 45% d'augmentation, mais restent inférieures aux sommes budgétées par l'État. L'augmentation des coûts s'explique par l'augmentation du nombre de personnes en situation irrégulière qui souhaitent bénéficier de soins de santé, mais aussi par une meilleure connaissance de la législation, tant chez les sans-papiers que chez les professionnels de santé. En outre, les comtés rapportent mieux les coûts des soins offerts aux sans-papiers dans leur bilan annuel.

La consommation des soins est concentrée dans les grandes villes : les comtés dans les trois régions métropolitaines représentent 85% du coût total des soins de santé à l'égard des immigrés en situation irrégulière en 2014 et 2015. Le comté de Stockholm représentait 56% du total des coûts déclarés en 2015. La prise en charge financière concerne aussi bien les fournisseurs de soins privés que publics : en 2015, seul un comté a déclaré avoir refusé d'indemniser des fournisseurs privés, ayant jugé que les patients avaient été sur-traités ; l'indemnisation peut être également refusée pour des raisons administratives (facture incomplète ou destinée à autre groupe de patients que les sans-papiers).

Annexe II

Statskontoret estime que les coûts continueront d'augmenter au cours des prochaines années, principalement dans les comtés ayant de grandes villes où il est plus facile de vivre caché : 180 000 personnes sont inscrites auprès de l'Agence pour la migration et certains, parmi ceux dont la demande d'asile sera rejetée, resteront en Suède sans papier. Le bureau de l'État propose que le gouvernement modifie la méthode utilisée pour répartir les subventions entre les comtés afin de mieux s'adapter aux coûts réels, mais ne réduise pas le niveau de ses subventions⁴¹.

⁴¹ Source : note DSS/DACI 2018.

9. Suisse

Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, toute personne vivant en Suisse plus de trois mois et ne disposant d'une assurance-maladie dans aucun autre pays a **le droit et le devoir de souscrire une « assurance-maladie de base »** (Grundversicherung). Cette règle s'applique indifféremment aux migrants sans papiers (MSP). Une assurance-maladie de base couvre les soins primaires et secondaires si une personne tombe malade ou est victime d'un accident, les soins de maternité, la psychothérapie, les contrôles et tests préventifs ainsi que les mesures de réhabilitation.

Les coûts d'une assurance-maladie de base sont importants (plusieurs centaines d'euros par mois) et constituent un obstacle considérable pour les migrants sans papiers lorsqu'il s'agit d'obtenir une assurance-maladie. Ils incluent :

- ◆ des primes d'assurance mensuelles (allant en 2009 en moyenne de 230 CHF dans le canton de Nidwald à 420 CHF dans le canton de Bâle-Ville) ;
- ◆ une franchise annuelle (allant de 300 à 2 500 CHF par an). Les enfants ainsi que les femmes pour les soins prénataux et obstétricaux payent des franchises réduites ;
- ◆ la contribution du patient de 10% aux coûts de tous les services de soins de santé consommés annuellement (ticket modérateur), mais non supérieure à 700 CHF par an (franchise) ;
- ◆ des frais d'hospitalisation de 15 CHF par jour (à l'exception des soins de maternité, des enfants et des jeunes en formation)⁴².

Les personnes se trouvant dans une situation économique modeste peuvent solliciter des **subventions auprès de leur canton de résidence** afin de pouvoir payer leurs primes d'assurance. D'après la loi fédérale :

- ◆ « Les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés. »
- ◆ « Pour les bas et moyens revenus, les cantons réduisent de 80 % au moins les primes des enfants et de 50 % au moins celles des jeunes adultes en formation. »
- ◆ « La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes [...] Les subsides fédéraux correspondent à 7,5 % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. »⁴³

Les cantons sont libres de fixer leur politique de matière de subvention de primes. Dans onze cantons, les personnes qui n'ont pas d'autorisation de séjour et/ou sur lesquelles il n'existe aucune donnée fiscale ne peuvent pas bénéficier d'une réduction de primes en raison des dispositions cantonales, ce qui exclut de fait les sans-papiers du dispositif.

Les cantons ont, par ailleurs, une **obligation de contrôle** : compétents pour le contrôle et la mise en œuvre de l'obligation de s'assurer en vertu de l'article 6 de la LAMal, ils doivent affilier d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile. En pratique, la plupart des cantons délèguent cette obligation de contrôle aux communes, qui s'assurent de la couverture maladie de leurs nouveaux résidents. Au niveau cantonal, il n'existe aucun dispositif systématique visant le contrôle actif du respect de l'obligation de s'assurer. Les sans-papiers sans couverture d'assurance sont en général signalés aux autorités compétentes une fois qu'ils recourent à un traitement médical et qu'ils sont déclarés par le fournisseur de prestations traitant, car celui-ci constate que la couverture des frais de traitement n'est pas garantie.

⁴² Source pour ce paragraphe et les précédents : « *Healthcare for undocumented migrants in Switzerland – policies, people, practices* », publication de l'Office fédéral de santé publique, 2011.

⁴³ Source : LAMal, art. 65-66.

Malgré un dispositif légal conçu pour assurer une couverture universelle et apparemment non-discriminatoire du risque maladie, on estime que **80 à 90% des adultes MSP ne sont pas assurés contre la maladie**⁴⁴, ce qui s'explique par la cherté des assurances mais aussi par la crainte de nombreux sans papiers que leur séjour illégal ne soit découvert.

Lorsqu'une personne a été prise en charge sans que son affiliation ne soit vérifiée *a priori* (ce qui se produit généralement dans les **cas d'urgence**), les fournisseurs de prestations ont plusieurs possibilités de couvrir les coûts liés au traitement des personnes non assurées :

- ◆ prise en charge des coûts par les personnes concernées elles-mêmes ;
- ◆ admission de la personne traitée auprès d'une assurance-maladie avec effet rétroactif, conformément aux articles 5 et 8 de la LAMal ;
- ◆ prise en charge des coûts par le canton ou la commune (p. ex. via les dispositifs de **l'aide sociale** ou de **l'aide d'urgence**) ;
- ◆ prise en charge des coûts ou organisation de la garantie de paiement par le prestataire. Pour de tels cas, il existe en partie des fonds spéciaux, à l'instar du **service social d'un hôpital** ou du **budget cantonal pour les débiteurs insolvable**s.

On constate également une variété de pratiques d'un canton à l'autre sur le remboursement des fournisseurs de prestations :

- ◆ le canton prend en charge les coûts des **prestations médicales** pour des personnes qui ne sont pas assurées et qui sont insolvable
- ◆ le canton ne prend en charge que les coûts irrécouvrables des **prestations médicales d'une nécessité absolue**, p. ex. accident ou maladies chroniques ;
- ◆ le canton prend uniquement en charge les frais de traitement pour les **cas médicaux graves**, pour autant que l'hôpital concerné puisse fournir un **plan de remboursement** pour une partie des coûts ;
- ◆ le canton prend en charge les **coûts irrécouvrables** des hôpitaux, qui les ont comptabilisés comme des pertes sur débiteurs ;
- ◆ la commune de séjour ou de domicile compétente dans le canton correspondant prend en charge les frais de traitement de manière subsidiaire⁴⁵.

En dehors des cas d'urgence, les personnes non-assurées peuvent également recourir à des **structures dédiées fournissant des soins gratuits ou à bas coût** aux MSP et autres populations indigentes. Trois types de structures se distinguent :

- ◆ des centres de passage médicaux ou sociaux à bas seuil, dirigés par des organisations à but non lucratif (OBNL) du secteur privé, procurant un accès aux soins de santé pour les MSP et parfois également pour d'autres patients marginalisés. Les services redirigent les MSP vers des professionnels ou des institutions sanitaires membres d'un réseau qui offre des soins de santé gratuits ou à bas coût ;
- ◆ des services intégrés dans des hôpitaux universitaires publics (à Lausanne et à Genève), fournissant une large gamme de services médicaux et de soins de santé également accessibles aux MSP ;
- ◆ des services financés ou cofinancés publiquement offrant des soins spécialisés dans des domaines spécifiques de soins de santé et pour des groupes à risque spécifiques (travailleurs du sexe, toxicomanes, etc.).

⁴⁴ Les nouveau-nés ou enfants scolarisés, quant à eux, sont systématiquement assurés dans plusieurs villes, et des subventions de primes – qui couvrent la totalité de la prime d'assurance pour les enfants – leur sont généralement octroyées.

⁴⁵ Source pour ce paragraphe et les précédents : Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (09.3484), 12 mai 2012.

Annexe II

Le personnel de santé (dans les hôpitaux et les services ambulatoires) est soumis à l'obligation du secret professionnel. Conformément à l'article 321 du Code pénal suisse, ils ne sont en particulier pas autorisés à signaler toute information personnelle, y compris le statut de résidence d'un patient à une tierce partie. Selon l'article 84 de la LAMal, les sociétés d'assurance ne sont autorisées à transmettre aucune donnée sur le statut de résidence de leurs clients. En revanche, **le recours à une prestation médicale sans affiliation à une assurance maladie entraîne nécessairement un signalement aux autorités par le prestataire** (ne serait-ce que pour envisager le remboursement des frais de traitement) ; le risque d'expulsion impliqué par ce signalement constitue un motif vraisemblable de renoncement aux soins, y compris aux soins urgents⁴⁶.

Il est à noter que les personnes faisant l'objet d'une **procédure d'asile** forment une catégorie à part : elles sont assurées dans le cadre de l'aide sociale par les collectivités publiques soumises à l'obligation d'assistance en vertu de la loi sur l'asile.

⁴⁶ Source pour ce paragraphe et les précédents : « *Healthcare for undocumented migrants in Switzerland – policies, people, practices* », publication de l'Office fédéral de santé publique, 2011.

ANNEXE III

Analyse des données disponibles sur l'AME et les soins urgents

SOMMAIRE

1. LES DONNÉES DISPONIBLES SONT INSUFFISANTES ET FRAGMENTAIRES	1
1.1. La mission a exploité des données de l'Assurance maladie, de l'ATIH et des établissements de santé	1
1.2. Il convient d'améliorer la quantité et la qualité des données disponibles pour éclairer les décideurs publics.....	2
1.2.1. <i>Les données utilisées sont fragmentées, ce qui empêche dans une large mesure les recoupements statistiques.....</i>	<i>2</i>
1.2.2. <i>Un numéro NIR provisoire permettrait un meilleur suivi de la trajectoire médicale des migrants.....</i>	<i>3</i>
2. LES BÉNÉFICIAIRES	4
2.1. Le nombre des bénéficiaires de l'AME a crû de moitié entre fin 2009 et fin 2015 mais semble depuis stabilisé, tandis que le nombre de séjours et séances de soins urgents recule continûment.....	4
2.2. Les bénéficiaires de l'AME de droit commun sont majoritairement jeunes, de sexe masculin et sans ayants-droits	6
2.3. L'Île-de-France concentre en 2018 la moitié des bénéficiaires de l'AME de droit commun ; en 2011, elle en concentrait plus des deux tiers.....	8
2.4. L'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne représentent conjointement deux tiers des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.	10
2.5. À Paris, la moitié des bénéficiaires de l'AME le sont depuis moins de deux ans et un cinquième depuis plus de cinq ans	14
3. LA DÉPENSE GLOBALE.....	15
3.1. Le coût total de l'AME (droit commun et soins urgents) était de 904 M€ en 2018 et s'est accru de 1,4 % par an entre 2013 et 2018	15
3.2. La dépense réelle d'AME de droit commun par bénéficiaire en 2018 était de 2 675 €, soit un montant proche de celui de 2009.....	18
3.3. Le coût de la protection maladie des demandeurs d'asile était supérieur à 200 M€ en 2018, un montant qui s'ajoute aux 904 M€ de l'AME.....	19
4. LES DÉPENSES DE SOINS.....	21
4.1. Quoique les dépenses de soins ambulatoires aient presque doublé de 2009 à 2018, les soins hospitaliers continuent de représenter presque deux tiers des dépenses de l'AME de droit commun.....	21
4.2. La consommation de médicaments par les bénéficiaires de l'AME traduit les spécificités de cette population et ne permet pas de conclure à des abus	23
4.3. L'obstétrique compte pour plus d'un quart des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de droit commun et presque un tiers des séjours de soins urgents.....	26

4.4. Les données de l'ATIH montrent des atypies chez les bénéficiaires de l'AME vis-à-vis des assurés sociaux de droit commun, dont certaines sont difficiles à expliquer sans faire l'hypothèse d'une migration pour soins.....	28
4.4.1. <i>La dépense d'AME consacrée au traitement des tumeurs, transplantations, maladies du sang et maladies métaboliques est plus élevée</i>	29
4.4.2. <i>La dépense d'AME consacrée aux séjours en hématologie, chimiothérapie, radiothérapie, transplantation et endocrinologie est particulièrement élevée</i>	30
4.5. Les données de l'ATIH permettent de déceler des atypies dans les tendances de dépense de soins, en particulier pour les séances hospitalières des bénéficiaires de l'AME	31
4.5.1. <i>Les tumeurs représentent la dépense la plus dynamique parmi les catégories majeures de diagnostic des séjours AME entre 2015 et 2018, en raison principalement du renchérissement des traitements.....</i>	31
4.5.2. <i>Les dépenses liées aux séances de dialyse, radiothérapie et chimiothérapie ont crû de façon très forte entre 2015 et 2018, confortant l'hypothèse d'une migration pour soins</i>	33
4.6. La typologie médicale des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, évaluée sur un échantillon hospitalier, correspond aux objectifs de ces deux dispositifs mais révèle des cas de migration pour soins.....	35

1. Les données disponibles sont insuffisantes et fragmentaires

1.1. La mission a exploité des données de l'Assurance maladie, de l'ATIH et des établissements de santé

La mission a utilisé plusieurs bases de données afin d'établir les différentes présentations chiffrées présentes dans ce rapport. Il s'agit principalement de bases nationales (SNIIRAM et PMSI), mais également des statistiques de liquidation par certaines caisses primaires d'assurances maladie, ainsi que des statistiques recueillies auprès de certains établissements.

1.1.1. Le système d'information de l'Assurance maladie

Le système d'information de l'Assurance maladie est alimenté par les remboursements effectués par les caisses d'assurance maladie. Il comprend des données directement extraites des remboursements, sur les assurés, sur les professionnels de santé, sur les établissements, sur les employeurs, mais aussi des données provenant de sources externes, notamment celles qui proviennent des établissements. Il se décline en deux systèmes distincts :

- ◆ les bases locales qui sont le reflet exact de l'activité des caisses (données nominatives) ;
- ◆ les bases nationales :
 - le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette base de données a été construite pour caractériser l'activité médicale de chaque établissement et lui affecter un budget adéquat. Cet outil dénombre les séjours (y compris lorsqu'il s'agit de séances de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyse qui ne comprennent pas de nuitée) au sein des établissements publics et privés. Ces informations permettent à la fois de financer les établissements, en particulier pour les soins qui relèvent de la tarification à l'activité, mais aussi au pilotage de l'organisation des soins sur le territoire ;
 - le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), la base de données de liquidations de l'assurance maladie. Le SNIIRAM est un entrepôt de données anonymes regroupant les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins de ville (plus d'un milliard de feuilles de soins pour la plupart télétransmises, pour l'ensemble de la population vivant en France).

Les informations concernant le bénéficiaire sont l'âge, sexe et lieu de résidence (département et commune), ainsi qu'éventuellement la notion de bénéfice de la couverture maladie universelle, d'affection de longue durée (ALD) ou de maladie professionnelle et, le cas échéant, la date de décès. Concernant les professionnels de santé qui ont délivré les soins et éventuellement les prescripteurs le SNIIRAM comporte l'âge, sexe et lieu d'exercice ainsi que la spécialité et le mode d'exercice. Sur la dépense de soins la base contient les dates de soins ainsi que les montants remboursés par l'assurance maladie et payés par le patient. Elle comporte également le codage détaillé des médicaments délivrés, des actes techniques des médecins, des dispositifs médicaux, des prélèvements biologiques.

Plusieurs bases de données sont agrégées au sein du SNIIRAM afin de permettre un suivi de dépenses qualitatif et quantitatif, les données du PMSI peuvent y être agrégées notamment au travers de l'échantillon général des bénéficiaires représentant 1/97^{ème} de la population protégée. Cet échantillon permet alors de suivre de façon anonymisée le parcours de 660 000 bénéficiaires en ville et à l'hôpital.

L'analyse de parcours de soins entre la ville et l'hôpital nécessite l'utilisation de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) qui ne permet pas une représentativité suffisante des comportements des bénéficiaires de l'AME, trop peu nombreux pour que les données soient significatives.

1.1.2. L'agence technique d'information sur l'hospitalisation

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fondée en 2000, est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

L'agence est chargée de :

- ◆ de la collecte, du codage, de l'hébergement et de l'analyse des données des établissements de santé : activité, coûts de prise en charge ;
- ◆ de la gestion technique des dispositifs de financement des établissements : calcul des tarifs annuels hospitaliers, allocation de ressources ;
- ◆ de la réalisation d'études sur les coûts des établissements sanitaires et médico-sociaux : élaboration des méthodologies et d'outils, pilotage des études, publication annuelle des coûts hospitaliers.

L'agence intervient dans le secteur sanitaire sur les quatre champs de l'activité hospitalière :

- ◆ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;
- ◆ hospitalisation à domicile (HAD) ;
- ◆ soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ◆ psychiatrie.

Les données de l'ATIH présentées dans la suite de cette annexe (cf. 4.5 et 4.4 notamment) concernent uniquement l'hospitalisation publique (59,0 % de la dépense d'AME de droit commun en 2018) pour les champs MCO et HAD (donc hors SSR et psychiatrie). Par ailleurs, les chiffres de dépenses donnés incluent les groupes homogènes de séjours mais excluent les tarifs journaliers de prestations. Ceci ne limite pas la représentativité des données analysées.

1.2. Il convient d'améliorer la quantité et la qualité des données disponibles pour éclairer les décideurs publics

1.2.1. Les données utilisées sont fragmentées, ce qui empêche dans une large mesure les recoupements statistiques

Même si de nombreux progrès ont été réalisés depuis les derniers rapports d'inspections, notamment quant à la tarification de l'AME au droit commun hospitalier (groupes homogènes de séjours et tarifs journaliers de prestations), il n'en demeure pas moins que l'appariement des données issues des chaînes de liquidation de l'assurance maladie (ville et hôpital) ne permet pas de bien suivre les parcours de soins.

La mission a procédé, comme les précédentes missions diligentées sur ce sujet, à partir de différentes sources de données ville et hôpital, ainsi qu'avec des données de certaines caisses et hôpitaux très concernés par les soins auprès de ces populations.

1.2.2. Un numéro NIR provisoire permettrait un meilleur suivi de la trajectoire médicale des migrants

Les étrangers en situation irrégulière nouvellement arrivés sur le territoire ont fréquemment une trajectoire administrative qui les fait « osciller » entre plusieurs dispositifs de protection santé :

- ◆ les soins urgents et vitaux dans les trois premiers mois suivant l'arrivée sur le territoire, et voire au-delà si des preuves de résidence ne peuvent être produites en appui à une demande d'ouverture de droits AME ;
- ◆ la protection universelle maladie (PUMa) pour ceux qui ont une demande d'asile en cours ou un titre de séjour provisoire ou définitif ;
- ◆ l'aide médicale d'État de droit commun, au-delà d'une période de trois mois de séjour irrégulier, ou après rejet de la demande d'asile ou expiration du titre de séjour.

La mise en place d'un numéro NIR provisoire dès les premiers soins prodigués, souvent dans le cadre de soins urgents et vitaux permettrait une meilleure connaissance de ces bénéficiaires et de leurs parcours de soins en fonction notamment de la couverture maladie dont ils sont bénéficiaires selon leurs différents statuts administratifs. Elle permettrait également un pilotage plus qualitatif par le comité de suivi du programme 183 et en particulier des deux postes les plus importants, à savoir l'aide médicale d'État et les soins urgents et vitaux.

2. Les bénéficiaires

2.1. Le nombre des bénéficiaires de l'AME a crû de moitié entre fin 2009 et fin 2015 mais semble depuis stabilisé, tandis que le nombre de séjours et séances de soins urgents recule continûment

L'AME de droit commun comptait 318 106 bénéficiaires au 31 décembre 2018, soit moitié plus qu'au 31 décembre 2008 (202 503 bénéficiaires, cf. graphique 1). Sur les dix dernières années, la hausse la plus importante est observée entre fin 2011 et fin 2015, le nombre de bénéficiaires ayant alors augmenté de 51 % en quatre années (soit 11 % par an en moyenne).

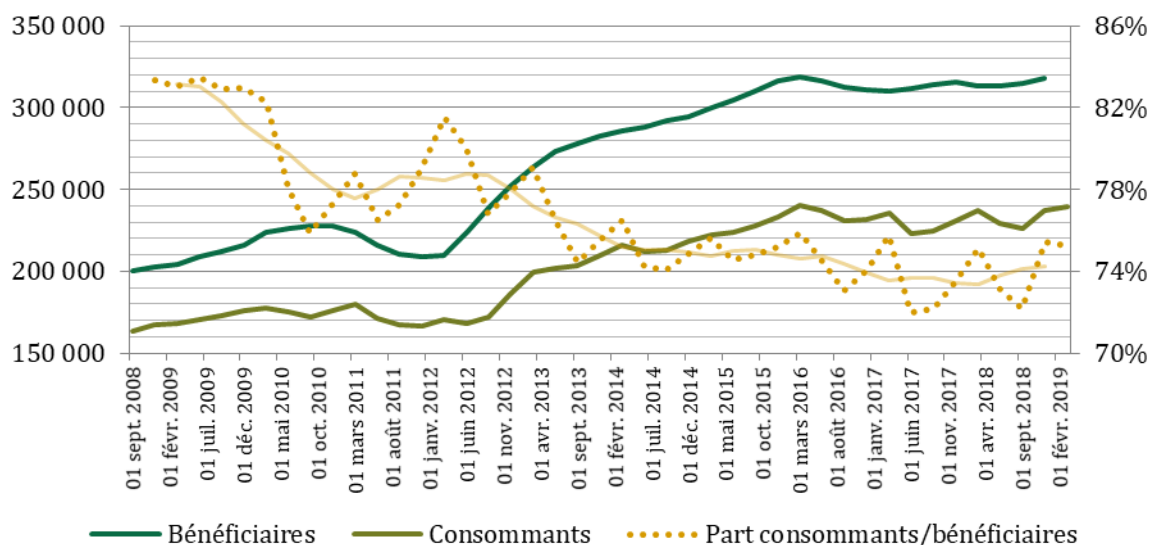
Le nombre des bénéficiaires de l'AME de droit commun est relativement stationnaire depuis 2016 (316 314 bénéficiaires au 31 décembre 2015). Plusieurs phénomènes peuvent expliquer cette stabilité, sans pour autant qu'il soit possible de d'en déterminer l'origine par manque de données fiables et chaînées sur ce sujet. La mise en œuvre de la PUMa en remplacement de la CMU en 2016, à la fois pour les demandeurs d'asile mais également pour les personnes en possession d'un titre de séjour, a sans doute permis de réorienter un certain nombre de personnes qui auraient pu recourir à l'AME. Par ailleurs, les caisses primaires d'assurance maladie ont accès à des bases de données qui permettent de vérifier si le demandeur a déjà des droits ouverts ; de même la CPAM du Gard centralise les recherches de couverture santé dans les pays de résidents européens afin de permettre une prise en charge dans ce cadre et non dans celui de l'AME.

L'année 2011 a vu une inflexion à la baisse de la courbe des bénéficiaires, qui peut s'expliquer par l'introduction dans la loi n° 2010-1657 de finances pour 2011 d'un droit de timbre de 30 € pour l'ouverture des droits à l'AME ; ce droit de timbre, proposé par la commission des finances de l'Assemblée nationale et endossé par le gouvernement, a été supprimé l'année suivante (à compter du 4 juillet 2012) par la loi n°2012-958 de finances rectificative pour 2012. Cette mesure s'est accompagnée d'une inflexion à la hausse de la courbe des bénéficiaires à partir de juin 2012.

Le nombre de « bénéficiaires consommant¹ » est également stable entre fin 2015 et fin 2018, oscillant de façon infra-annuelle autour de 230 000 bénéficiaires. Si la part des bénéficiaires consommant dans un trimestre donné oscillait autour de 82 % en 2009, elle oscille de façon stable autour de 74 % sur la période 2013-2018. Cette baisse, concomitante à l'augmentation du nombre de bénéficiaires suite à la suppression du droit de timbre, traduit très probablement le fait que les personnes ouvrent des droits à l'AME sans avoir besoin de soins de façon immédiate.

¹ Un « bénéficiaire consommant » est un bénéficiaire pour lequel l'Assurance maladie a enregistré une dépense au cours d'un trimestre donné. La part des bénéficiaires consommant est plus élevée pendant les trimestres d'hiver en raison d'un recours plus important aux soins.

Graphique 1 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun et du nombre de bénéficiaires consommant de septembre 2008 à décembre 2018



Source : CNAM, mis en forme par la mission.

L'évaluation du « renoncement aux droits » (pourcentage des personnes qui pourraient prétendre à des droits AME et qui n'ont pas demandé leur ouverture) est impossible en l'absence d'une estimation fiable du nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le sol français.

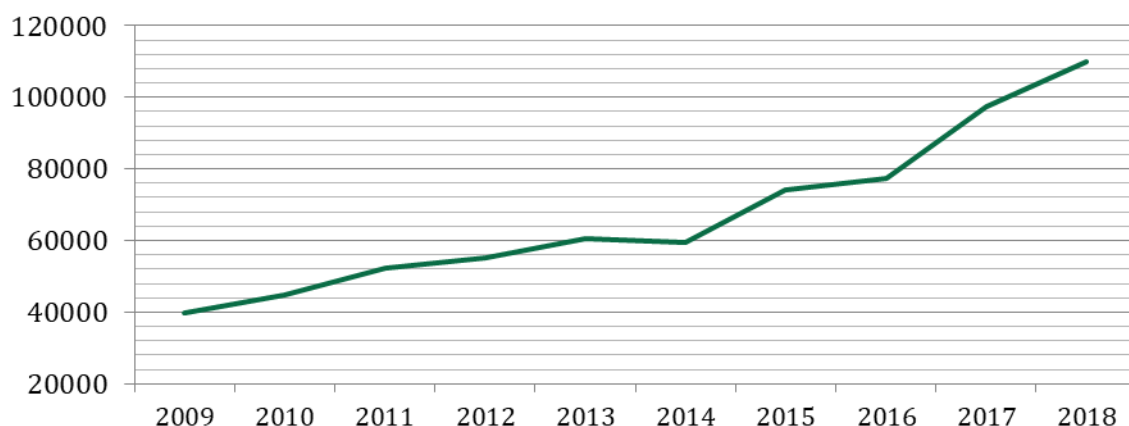
Aucune statistique n'est disponible sur les bénéficiaires de soins urgents. Toutefois, il est possible d'analyser l'évolution du nombre des séjours et séances à partir des données de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation² : il est passé de 11 292 séjours/séances en 2015 à 10 332 séjours/séances en 2018, soit une tendance à la baisse de - 2,9 % par an. On observe cependant un infléchissement de cette tendance sur la période récente : le nombre de séjours augmente de +4,2 % entre janvier-avril 2019 et la même période en 2018, et le montant des recettes totales hospitalières de +2,8 %.

Il est à souligner que les demandeurs d'asile, considérés comme détenteurs d'un titre de séjour au sens du code de la Sécurité sociale³, sont éligibles à la Protection maladie universelle (PUMA, anciennement CMU) et ne sont donc pas inclus dans ce décompte. La mission ne dispose pas de statistiques sur le nombre de demandeurs d'asile bénéficiant de droits ouverts à la PUMA, mais ce nombre peut être approché par le nombre de demandeurs d'asile enregistrés qui en est vraisemblablement un minorant (cf. graphique 2). Ce nombre a augmenté sans interruption de 39 799 demandes en 2009 à 109 783 demandes en 2018, soit 12 % de croissance annuelle moyenne. La croissance s'est accélérée à partir de 2016, atteignant 19,1 % en moyenne annuelle sur la période 2016-2018. On comptait, en 2018, 130 127 bénéficiaires de l'allocation de demandeur d'asile (ADA).

² Ces données sont calculées à partir de factures hospitalières et ne permettent pas de connaître le nombre de bénéficiaires potentiels, elles ne permettent que de mesurer les séjours.

³ Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Graphique 2 : Évolution du nombre de dossiers de demandes d'asile déposées de 2009 à 2018



Source : OFII, mis en forme par la mission.

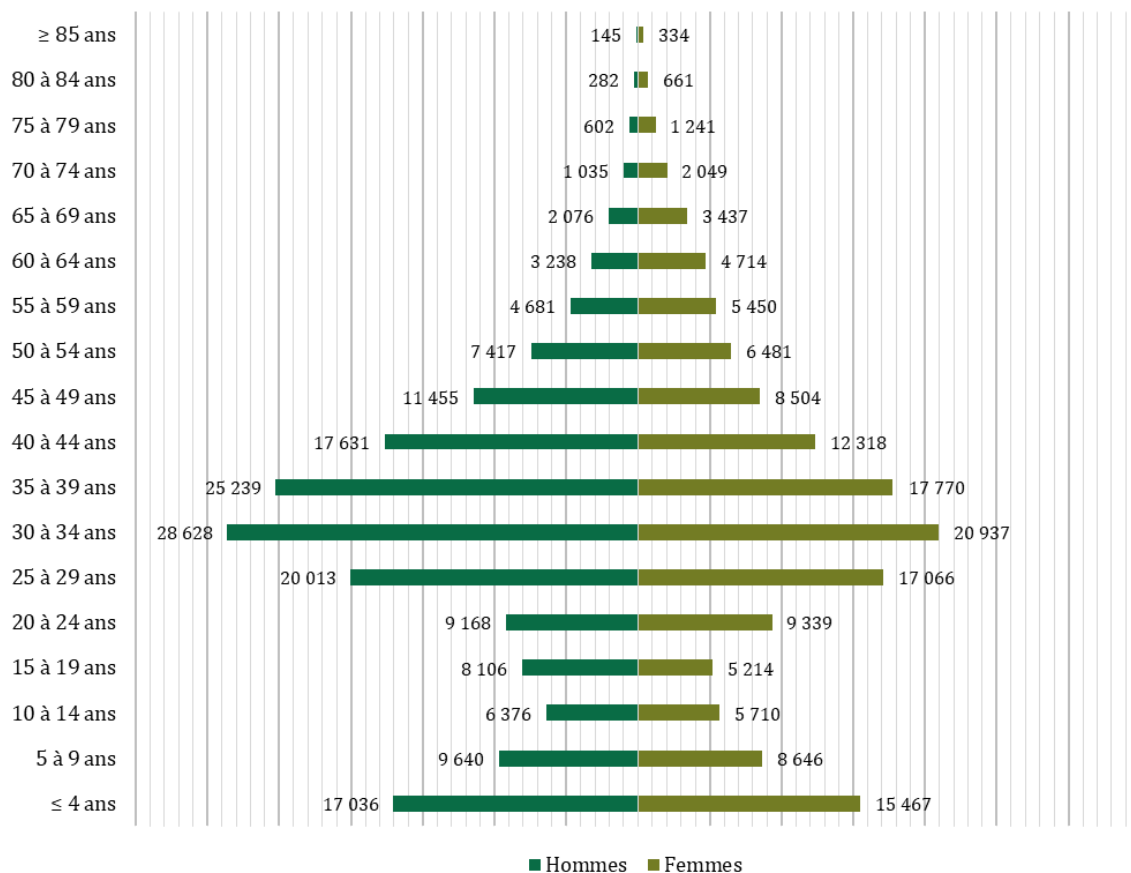
2.2. Les bénéficiaires de l'AME de droit commun sont majoritairement jeunes, de sexe masculin et sans ayants-droits

La pyramide des âges des bénéficiaires de l'AME au 31 décembre 2018 est présentée dans le graphique 3. **La population des bénéficiaires de l'AME est majoritairement :**

- ♦ **jeune** : 70,5 % des bénéficiaires ont strictement moins de 40 ans et 41,4 % ont moins de 30 ans ; les 30-34 ans représentent la classe d'âge la plus nombreuse, l'âge médian est inclus entre 30 et 34 ans ;
- ♦ **masculine** : les hommes représentent 54,3 % des bénéficiaires et même 58,2 % si l'on ne considère que la tranche d'âge 30-49 ans ; les femmes sont en revanche majoritaires dans les classes d'âge supérieures à 55 ans ;
- ♦ **sans ayants-droits** : la très grande majorité (81,3 %) des personnes ayant obtenu l'ouverture de droits à l'AME n'ont pas d'ayants-droits. Les foyers de trois personnes ou plus représentent 10,1 % des foyers et 27,5 % des bénéficiaires (cf. graphique 4).

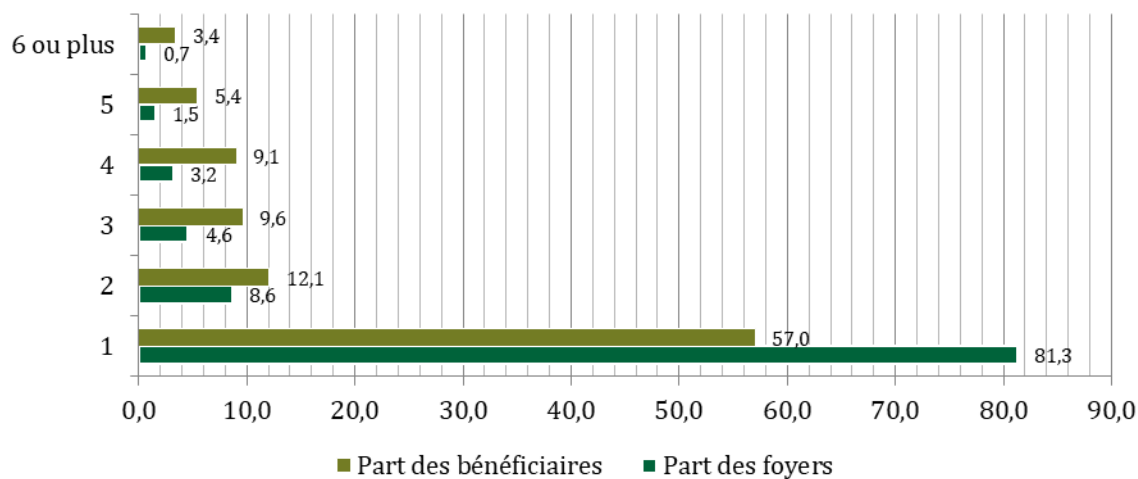
Annexe III

Graphique 3 : Pyramide des âges des bénéficiaires de l'AME de droit commun au 31 décembre 2018



Source : CNAM, mis en forme par la mission.

Graphique 4 : Répartition par taille des foyers bénéficiaires de l'AME de droit commun (en % du nombre total de foyers)

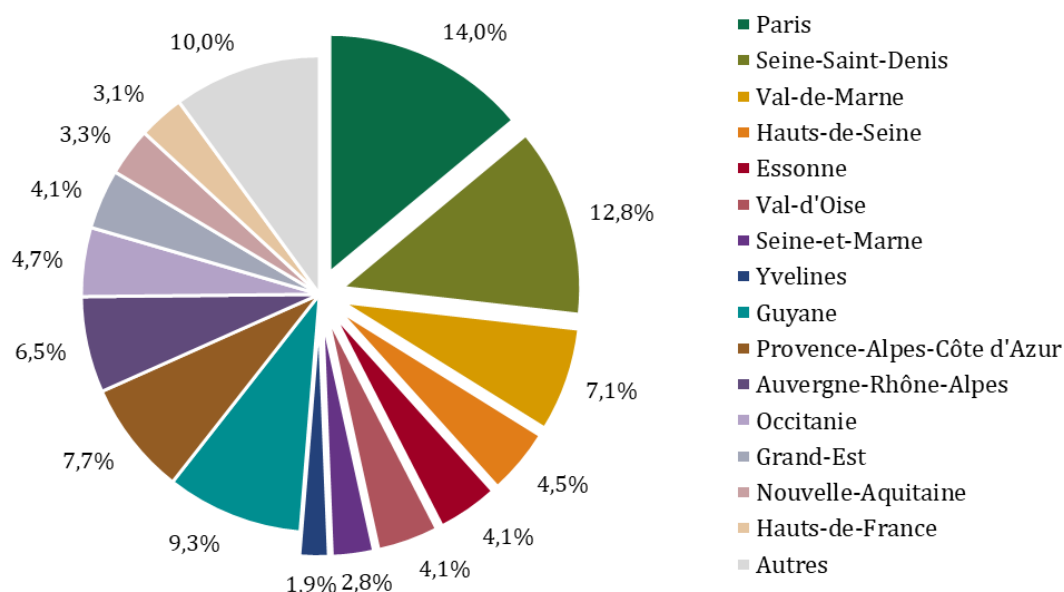


Source : CNAM, mis en forme par la mission.

2.3. L'Île-de-France concentre en 2018 la moitié des bénéficiaires de l'AME de droit commun ; en 2011, elle en concentrait plus des deux tiers

Les bénéficiaires de l'AME sont très inégalement répartis sur le territoire français (cf. graphique 5). Les huit départements d'Île-de-France hébergent plus de la moitié (51,3 %) des bénéficiaires. Si l'on y ajoute la Guyane, les Bouches-du-Rhône (Marseille) et le Rhône (Lyon), le pourcentage des bénéficiaires couverts est supérieur aux deux tiers (67,5 %). Les départements les plus concernés sont Paris (14,0 % des bénéficiaires) et la Seine-Saint-Denis (12,8 % des bénéficiaires). Les cinquante départements les moins concernés représentent un total de 5,8 % des bénéficiaires.

Graphique 5 : Répartition géographique des bénéficiaires de l'AME de droit commun au 31 décembre 2018



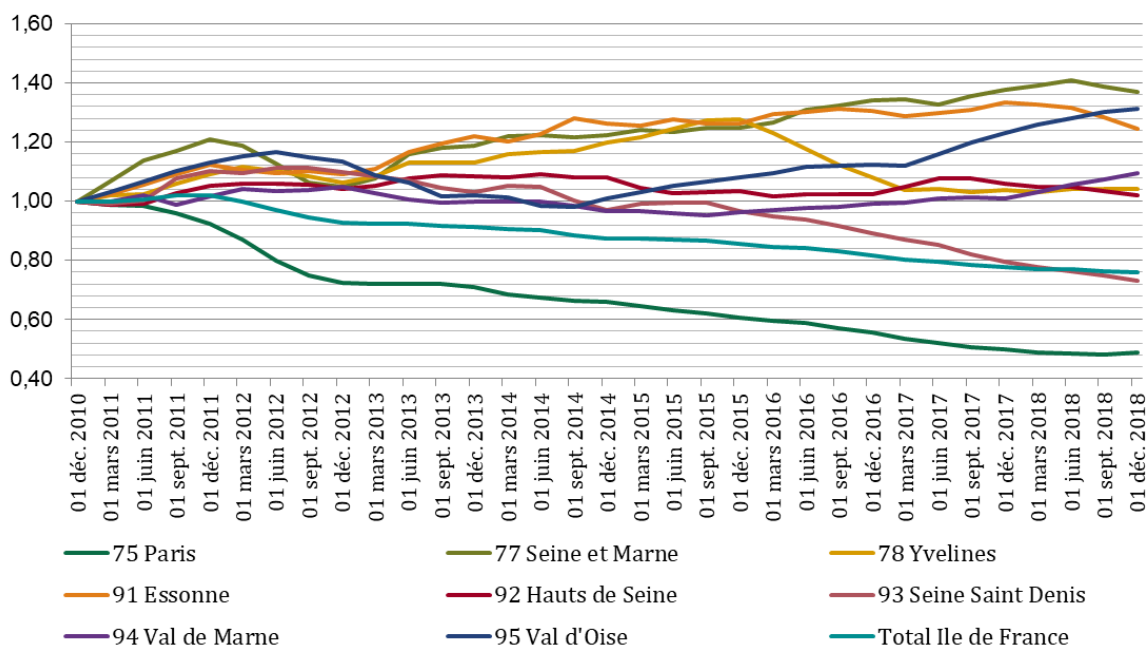
Source : CNAM, mis en forme par la mission.

Les dernières années ont connu un mouvement de rééquilibrage :

- ♦ la part des bénéficiaires rattachés à la CPAM de Paris a baissé de 28,7 % en décembre 2010 à 14,0 % en décembre 2018 ;
- ♦ la part des bénéficiaires rattachés à la CPAM de Seine-Saint-Denis a baissé de 17,6 % en décembre 2010 à 12,8 % en décembre 2018 ;
- ♦ la part des bénéficiaires rattachés à une CPAM d'Île-de-France a baissé de 67,4 % en décembre 2011 à 51,3 % en décembre 2018.

Ce rééquilibrage peut probablement être attribué au déplacement des populations bénéficiaires, de Paris et la petite couronne vers la grande couronne, sous l'effet de la déconcentration des dispositifs d'hébergement, et dans une moindre mesure de la région parisienne vers la province.

Graphique 6 : Évolution de la part des bénéficiaires de l'AME de droit commun affiliés aux CPAM d'Ile-de-France entre 2010 et 2018 (par rapport à l'année de base 2010)



Source : CNAM, mis en forme par la mission.

Pour ce qui est des soins hospitaliers, les données de l'ATIH montrent également une grande concentration des dépenses au sein de quelques établissements : 67 % des dépenses de soins proviennent de quinze établissements (soit 7 % d'entre eux). Ces soins sont essentiellement dispensés en outre-mer (Guyane, Guadeloupe, La Réunion, Martinique) et dans les métropoles (Paris/Ile-de-France, Marseille, Lille, Nantes, Nice, Lyon, Caen). Le CH de Cayenne, l'AP-HP et le CH de Saint-Laurent-du-Maroni représentent 37 % des dépenses de soins sur les quatre premiers mois de l'année 2019.

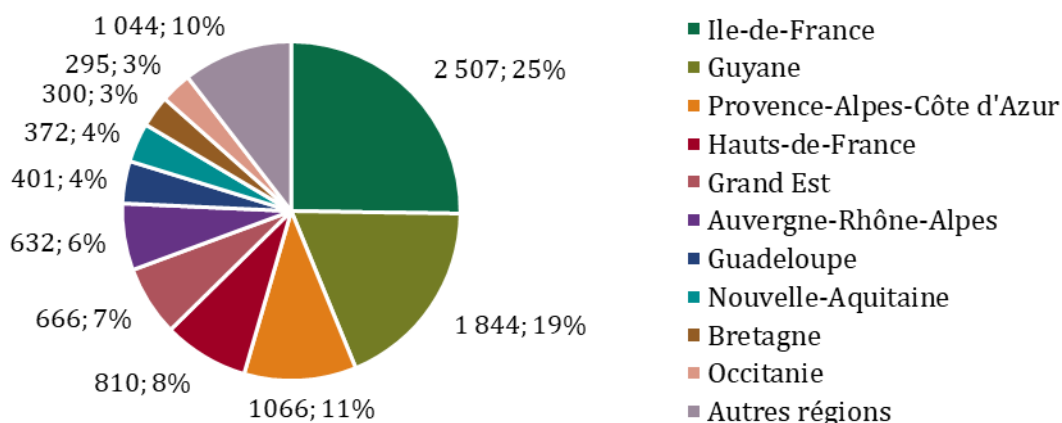
On peut évaluer la répartition géographique des bénéficiaires de soins urgents en étudiant celle des séjours et séances (cf. graphique 7).

En premier lieu, il apparaît que la Guyane représente une part très élevée dans ces statistiques avec près d'un cinquième des séjours/séances facturés à l'Assurance maladie⁴. Le contexte migratoire très particulier de ce territoire, directement exposé aux flux migratoires en provenance du Brésil, d'Haïti et du Suriname, explique ce phénomène.

En second lieu, les chiffres montrent une moindre concentration géographique des soins urgents par rapport à l'AME : l'Île-de-France ne représente que 25 % des séjours/séances de soins urgents en France métropolitaine contre 57 % des bénéficiaires de l'AME. Ceci pourrait s'expliquer par une migration des personnes en situation irrégulière vers la région parisienne suite à leur entrée sur le territoire, que la mission n'a pas pu documenter.

⁴ La Guyane représente 9,3 % des bénéficiaires de l'AME. L'AME et le dispositif des soins urgents ne sont pas mis en œuvre à Mayotte, seules les évacuations sanitaires vers la Réunion sont comptabilisées dans le programme 183.

**Graphique 7 : Répartition par région des séjours et séances de soins urgents en 2018
(en nombre et en pourcentage)**



Source : ATIH, mis en forme par la mission. Seuls les hôpitaux « ex-DG » ayant facturé strictement plus de dix séjours ou séances de soins urgents en 2018 sont inclus dans ces statistiques.

2.4. L'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne représentent conjointement deux tiers des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ne collectent aucune donnée relative à la nationalité des personnes, aussi n'existe-t-il aucune information agrégée sur ce sujet dans les bases de l'Assurance maladie. La mission a donc cherché à objectiver la nationalité des bénéficiaires de l'AME auprès de trois centres hospitaliers⁵. On constate pour ces trois centres une assez grande disparité dans la répartition des nationalités.

2.4.1. Hospices civils de Lyon

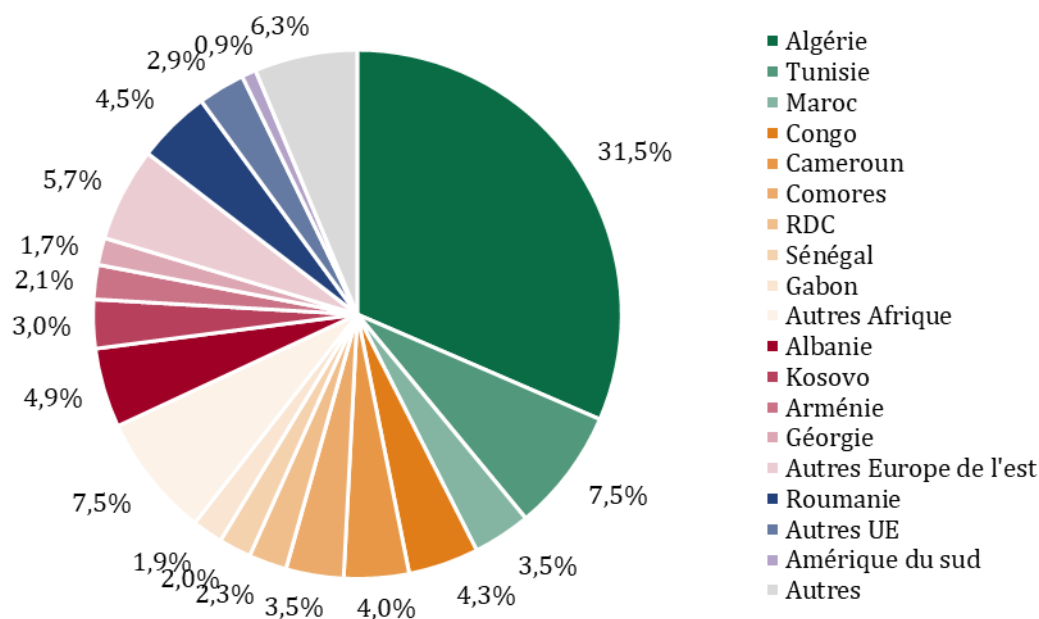
Les Hospices civils de Lyon (HCL) ont fourni à la mission des statistiques sur la nationalité des 905 bénéficiaires de l'AME ayant bénéficié de prestations dans leurs établissements en 2018 (cf. graphique 8). Le Maghreb représente 42,5 % des bénéficiaires dont la nationalité a pu être déterminée ; l'Afrique subsaharienne et l'Europe en représentent chacune au moins 25 %, dont au moins 7 % pour les pays de l'Union européenne.

Les Algériens, premiers en nombre, représentent près d'un tiers (31,5 %) des bénéficiaires de l'AME traités aux HCL. Le Congo, le Cameroun et les Comores sont les pays d'Afrique subsaharienne les plus représentés avec chacun près de 4 % des bénéficiaires de l'AME. Parmi les pays d'Europe, l'Albanie (4,9 %) et la Roumanie (4,5 %) sont les pays les plus représentés : ils se classent troisième et quatrième, derrière la Tunisie (7,5 %) et devant tous les pays d'Afrique subsaharienne.

⁵ L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) n'a pas été en mesure de fournir à la mission des informations sur la nationalité de ses patients.

Annexe III

Graphique 8 : Répartition par nationalité des bénéficiaires de l'AME traités aux HCL en 2018



Source : HCL, mis en forme par la mission. La catégorie « autres » inclut tous les pays représentés par moins de trois patients, parmi lesquels figurent potentiellement des pays d'Afrique, d'Europe de l'Est, de l'UE et d'Amérique du Sud.

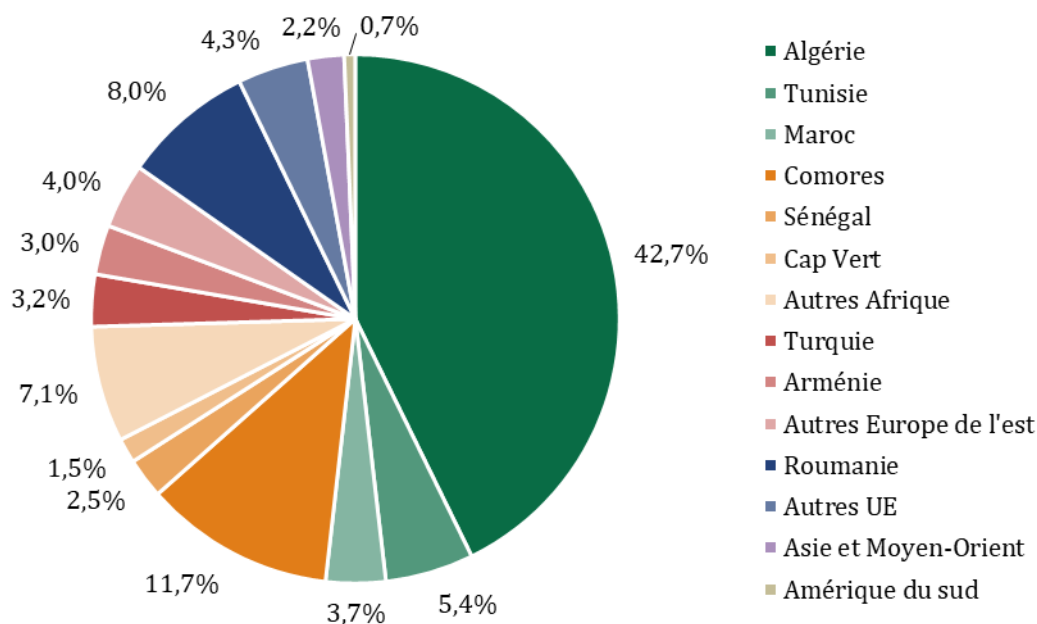
2.4.2. Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

L'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a fourni à la mission des statistiques sur la nationalité des 2 513 bénéficiaires de l'AME ayant bénéficié de prestations dans leurs établissements en 2018 (cf. graphique 9). Le Maghreb représente 51,8 % des bénéficiaires dont la nationalité a pu être déterminée ; l'Afrique subsaharienne et l'Europe en représentent chacune entre 22 % et 23 %, dont 12,4 % pour les pays de l'Union européenne.

Les Algériens, premiers en nombre, représentent 42,7 % des bénéficiaires de l'AME traités à l'AP-HM. Parmi les pays d'Afrique subsaharienne, les Comores sont très majoritaires avec 11,7 % des bénéficiaires de l'AME. Parmi les pays d'Europe, la Roumanie (8,0 %) est le pays le plus représenté.

Annexe III

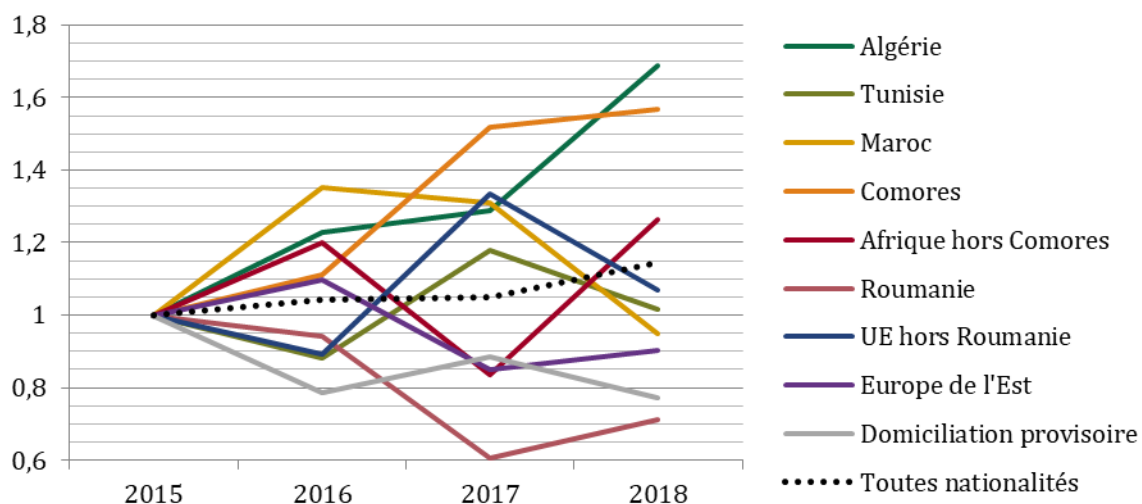
Graphique 9 : Répartition par nationalité des bénéficiaires de l'AME traités à l'AP-HM en 2018



Source : AP-HM, mis en forme par la mission.

Les chiffres des années précédentes ont également été fournis à la mission, ce qui lui a permis d'étudier les tendances (cf. graphique 10). La croissance du nombre de bénéficiaires de l'AME traités à l'AP-HM entre 2015 et 2018 (+ 4,6 % par an) est principalement due à celle des Algériens (+ 438 personnes en trois ans soit + 19,1 % par an) et des Comoriens (+ 106 personnes en trois ans soit + 16,1 % par an). Si une partie de cette croissance est sans doute due à la baisse des domiciliations provisoires (- 101 personnes en trois ans soit - 8,3 % par an), cette dernière ne peut tout expliquer. Contrairement aux Algériens, les Marocains et Tunisiens n'ont pas augmenté significativement en nombre sur la période.

Graphique 10 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME traités à l'AP-HM pour les principales nationalités et groupes de nationalités en 2018



Source : AP-HM, mis en forme par la mission.

Annexe III

Les mêmes statistiques réalisées pour les soins urgents en 2018 montrent également une forte prédominance des Algériens (37,2 %), suivis par les Guinéens (8,4 %), Comoriens (7,6 %), Syriens (7,2 %) et Arméniens (6,0 %). Le Maghreb représente 42,0 % des patients de soins urgents et le reste de l'Afrique en représente 23,6 %.

2.4.3. Centre hospitalier de Saint-Denis

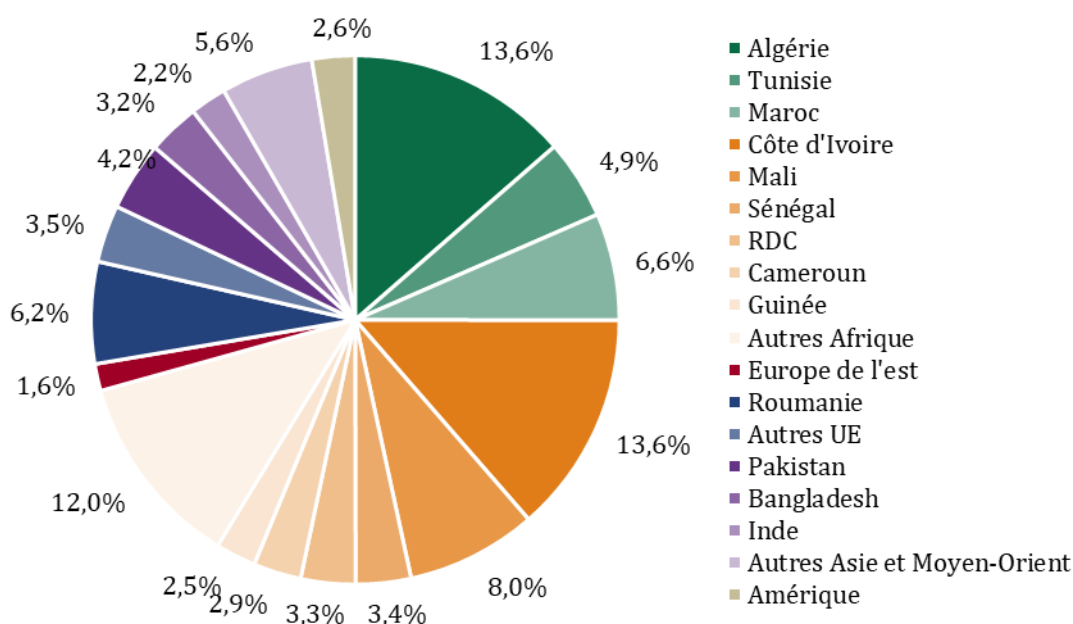
Le centre hospitalier de Saint-Denis (CHSD) a fourni à la mission des statistiques sur la nationalité des 2 425 étrangers ayant bénéficié d'une prise en charge par le service social en 2018 (cf. graphique 11).

Ces statistiques ne sont pas directement comparables à celles obtenues pour Lyon et Marseille : les étrangers pris en charge par le service social incluent des personnes en situation régulière, y compris des demandeurs d'asile, pour lesquels le service social a demandé une ouverture de droits à la PUMa, et excluent les personnes pour lesquelles des droits AME étaient déjà ouverts lors de la prestation de soins.

Cependant ces statistiques offrent une bonne approximation de la répartition des bénéficiaires de l'AME. Elles permettent d'identifier quelques différences notables entre les populations traitées à Saint-Denis et celles traitées à Lyon et Marseille :

- ◆ les ressortissants d'Afrique subsaharienne sont nettement plus nombreux (42,9 % des patients bénéficiaires de l'AME) que les ressortissants du Maghreb (25,0 %) alors qu'à Lyon et Marseille ils sont environ moitié moins nombreux ;
- ◆ l'Europe de l'Est hors UE représente une part relativement négligeable des bénéficiaires de l'AME (1,6 % contre 10,2 % à Marseille et 17,3 % à Lyon) ;
- ◆ l'Asie et le Moyen-Orient représentent une part non-négligeable de bénéficiaires de l'AME (15,3 % contre 2,2 % à Marseille, pas de données pour Lyon) ;
- ◆ si les Algériens sont la nationalité la plus représentée (13,6 % des bénéficiaires), leur prédominance est moins marquée qu'à Lyon et Marseille ; ils sont égalés en nombre par les Ivoiriens.

Graphique 11 : Répartition par nationalité des étrangers pris en charge par le service social du CHSD en 2018

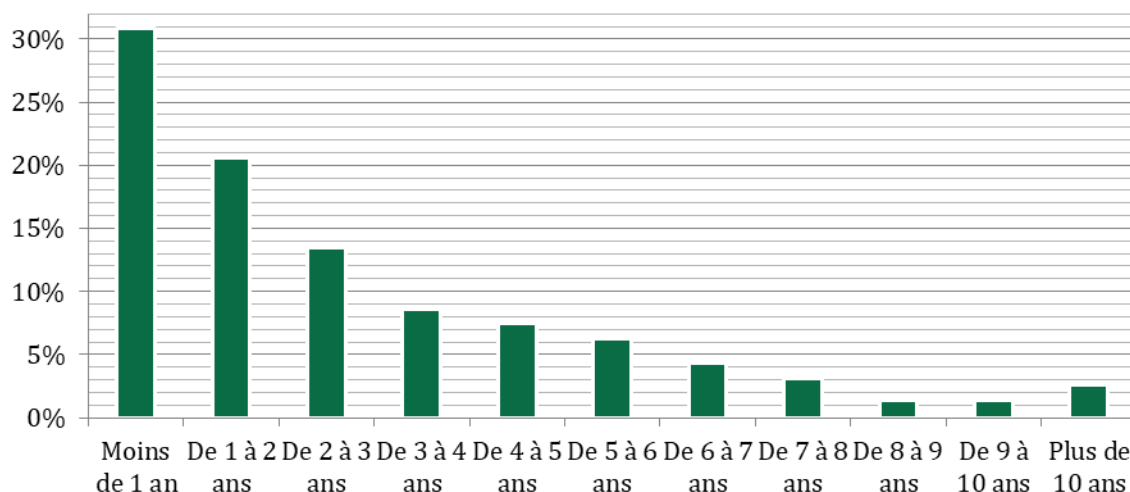


Source : CHSD, mis en forme par la mission.

2.5. À Paris, la moitié des bénéficiaires de l'AME le sont depuis moins de deux ans et un cinquième depuis plus de cinq ans

La mission a eu accès aux données de la CPAM relatives à la durée de couverture d'un échantillon de 350 bénéficiaires de l'AME (cf. graphique 12). Il en ressort qu'à Paris 31 % des bénéficiaires le sont depuis moins d'un an, 51 % depuis moins de deux ans et 19 % depuis plus de cinq ans. Ce dernier chiffre suggère qu'une part significative des bénéficiaires de l'AME est installée durablement sur le territoire national de manière irrégulière.

Graphique 12 : Durée de couverture d'un échantillon de bénéficiaires de l'AME à la CPAM 75



Source : CPAM 75, mis en forme par la mission.

3. La dépense globale

3.1. Le coût total de l'AME (droit commun et soins urgents) était de 904 M€ en 2018 et s'est accru de 1,4 % par an entre 2013 et 2018

Le coût total de l'AME était de 904 M€ en 2018. Sa tendance entre 2009 et 2018 est celle d'une augmentation de 4,2 % en moyenne annuelle. L'évolution du coût total de l'AME sur les dix dernières années est présentée dans le graphique 13 et le tableau 1, dans lequel figure également pour référence l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Ce qu'on entend ici par « coût total de l'AME » inclut :

- ◆ **la dépense de l'AME de droit commun** : il s'agit de la somme des prestations facturées à l'Assurance maladie au titre de l'AME dans l'année considérée. Cette somme lui est due par l'État. Sur la période étudiée, la dépense réelle diffère significativement de l'inscription budgétaire en loi de finance initiale (LFI) ; cette sous-estimation récurrente a été pointée par tous les rapports parlementaires sur le sujet, qui y voient un manque de sincérité dans la programmation budgétaire ; un record a été atteint à cet égard en 2013, où l'écart entre le montant inscrit en LFI et la dépense réelle s'élevait à 185 M€ soit 25,4 % de la dépense réelle. La dépense réelle diffère également, de façon plus marginale, de la dépense budgétaire exécutée dans la mesure où la compensation de l'État à l'Assurance maladie est régulièrement inférieure à la dépense réelle de l'assurance maladie, ce qui génère une dette de l'État vis-à-vis de cette dernière ;
- ◆ **la dépense des soins urgents et vitaux (SUV)** : il s'agit de la somme des prestations facturées à l'Assurance maladie au titre du dispositif des SUV dans l'année considérée. Cette somme lui est compensée par l'État de façon forfaitaire à hauteur de 40 M€ ; les rapports consacrés au sujet ont tous recommandé que l'État prenne en charge intégralement les SUV, considérant qu'il y a là aussi un sujet de sincérité de la programmation budgétaire et de cohérence de l'affectation des charges ; ces recommandations sont restées sans effet à ce jour ; un record a été atteint en 2013, où l'Assurance maladie a conservé à sa charge 89 M€ après compensation par l'État, soit 69,0 % de la dépense réelle ; en 2018, la compensation de l'État a permis de couvrir 57,1 % de la dépense des SUV.

L'année 2018 présente une singularité dans la mesure où les crédits inscrits en LFI ont été pour la première fois supérieurs à la dépense réelle de l'AME de droit commun, signalant un regain de sincérité dans la programmation budgétaire du dispositif et générant une diminution de la dette de l'État vis-à-vis de l'Assurance maladie.

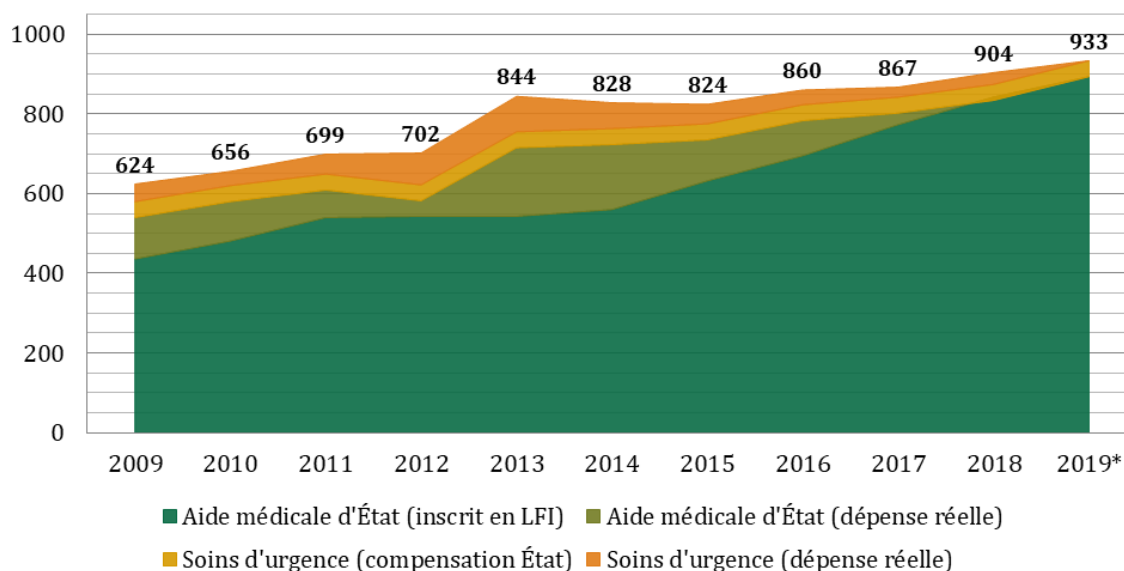
L'année 2012 se distingue par une baisse de la dépense d'AME de droit commun (-4,4 %) qui est en partie compensée par une hausse des SUV (+33,3 %). Ces évolutions sont la conséquence de l'introduction d'un droit de timbre pour l'affiliation à l'AME de droit commun en 2011 : ce droit de timbre a empêché certains bénéficiaires potentiels d'ouvrir des droits (d'où une chute du nombre de bénéficiaires entre décembre 2010 et décembre 2011, cf. 2.1) et diminué ainsi les prestations servies au titre de l'AME de droit commun en 2012, lesquelles se sont en partie reportées sur les SUV. L'effet global du droit de timbre a, ainsi, été de stabiliser la dépense totale d'AME entre 2011 et 2012 (+ 0,4 % contre 5,8 % en moyenne sur les deux années précédentes), sans toutefois permettre une inversion de tendance.

L'année 2013 a ensuite connu un rebond de la dépense totale (+ 20,2 %) qui procède probablement d'un effet de rattrapage suite à la suppression du droit de timbre ; le rebond a beaucoup plus que compensé le ralentissement observé entre 2011 et 2012, de sorte que la croissance moyenne sur 2011-2013 est de 9,9 % (contre 5,8 % en moyenne sur 2009-2011) ; les deux années 2014 et 2015 qui suivent ce rebond constituent la seule période où la dépense totale d'AME (droit commun et soins urgents) ait diminué (- 1,2 % par an), ce qui confirme sans ambiguïté l'hypothèse d'un effet de rattrapage en 2013.

On observe après 2013 un ralentissement de la croissance du coût total de l'AME : le taux de croissance moyen annuel est de 1,4 % sur la période 2013-2018 contre 7,8 % sur la période 2009-2013. Pourtant sur la même période 2013-2018 les crédits AME (droit commun et SUV) votés en LFI ont augmenté de 9,2 % par an. Le différentiel entre le dynamisme du montant voté en LFI, régulièrement pointé comme témoignant d'une « explosion » du coût de l'AME, et la croissance modeste de la dépense totale, s'explique d'une part par une sincérité croissante de la programmation budgétaire de l'AME, d'autre part par la diminution concomitante de la dépense de SUV (-11,6 % par an)⁶. Cette diminution peut être en partie attribuée, du moins à partir de 2015, à la réforme de la facturation des soins urgents par l'article 66 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui a permis d'aligner la facturation pour les établissements de santé sur celle des bénéficiaires de l'AME (cf. encadré 1).

Au-delà de l'effet de réforme de la facturation, la diminution des SUV entre 2013 et 2018 s'explique probablement par la complexification des procédures, qui rendent plus difficile aux hôpitaux la facturation de soins en SUV (nécessité d'un refus d'AME préalable) ; cette évolution a pour contrepartie une croissance des soins non facturés et des impayés hospitaliers (cf. annexe IV).

Graphique 13 : Évolution de la dépense d'AME de 2009 à 2019, en M€



*Source : DSS, mis en forme par la mission. * Montant inscrit en LFI uniquement.*

⁶ Les SUV étant remboursés de façon forfaitaire à l'Assurance maladie (à hauteur de 40 M€), la hausse ou baisse de leur coût n'a pas d'impact sur le coût budgétaire de l'AME pour l'État.

Tableau 1 : Évolution de la dépense d'AME de 2009 à 2019, en M€

Montants en M€	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
AME de droit commun											
- Montant inscrit en LFI	436	481	540	543	543	560	632	695	773	842	893
- Dépense réelle	540	580	609	582	715	723	735	783	802	834	-
- <i>Taux de croissance annuel</i>	-	+ 7,4 %	+ 5,0 %	- 4,4 %	22,9 %	+ 1,1 %	+ 1,7 %	6,5 %	+ 2,4 %	+ 4,0 %	-
- Part de la dépense non-inscrite en LFI	104	99	69	39	172	163	103	88	29	-	-
- Dette cumulée de l'État à la Sécurité sociale	- 6	- 15	6	39	52	57	12	12	50	36	-
- Évolution de la dette	- 285	- 9	21	33	13	6	- 45	- 1	38	- 14	-
Soins urgents											
- Compensation de l'État	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
- Dépense réelle	84	76	90	120	129	105	89	77	65	70	-
- <i>Taux de croissance annuel</i>	-	- 9,5 %	+ 18,4 %	+ 33,3 %	+ 7,5 %	- 18,6 %	- 15,2 %	- 13,5 %	- 15,6 %	+ 7,1 %	-
- Part de la dépense non-compensée par l'État	44	36	50	80	89	65	49	37	25	30	-
Total											
- Montant inscrit en LFI	476	521	580	583	583	600	672	735	813	882	933
- Dépense réelle	624	656	699	702	844	828	824	860	867	904	-
- <i>Taux de croissance annuel</i>	-	+ 5,1 %	+ 6,6 %	+ 0,4 %	+ 20,2 %	- 1,9 %	- 0,5 %	+ 4,4 %	+ 0,8 %	+ 4,2 %	-
- Part de la dépense non-inscrite en LFI	142	126	140	152	274	234	165	124	92	22	-
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)											
- Montant exécuté (en Md€)	157,6	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	182,3	185,2	190,7	195,4	200,3*
- <i>Taux de croissance annuel</i>	+ 3,3 %	+ 3,0 %	+ 2,9 %	+ 2,5 %	+ 2,7 %	+ 2,4 %	+ 2,1 %	+ 1,75 %	+ 2,1 %	+ 2,3 %	+ 2,5 %

Source : DSS, mis en forme par la mission. * Montant voté.

Encadré 1 : La réforme du financement des hospitalisations pour soins urgents

À partir du 1er janvier 2015, le financement des hospitalisations des patients bénéficiaires des soins urgents suit les mêmes modalités que celui des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME). Ainsi, l'ATIH est en charge de la valorisation des séjours et séances dispensés en médecine chirurgie obstétrique (MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD) par les établissements dits « ex-DG » pour les parties « groupe homogène de séjour » (GHS) / « groupe homogène de tarifs (GHT) » et « liste en sus », avec un taux de remboursement uniforme de 80 % pour les séjours.

La part patient, assise sur le tarif journalier de prestation, et le forfait journalier sont directement facturés par les établissements aux caisses d'assurance maladie. De même, les autres prestations (actes et consultations externes), les hospitalisations MCO et HAD dispensées par les établissements de santé dits « ex-OQN », l'ensemble de l'hospitalisation en soins de suite et réadaptation (SSR) et de la psychiatrie sont également facturées directement. Ces types de dépenses ne sont pas suivis par l'ATIH.

Toutefois, comme pour les bénéficiaires de l'AME, les frais engendrés par la prise en charge des patients bénéficiaires de soins urgents ne sont pas inclus dans le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

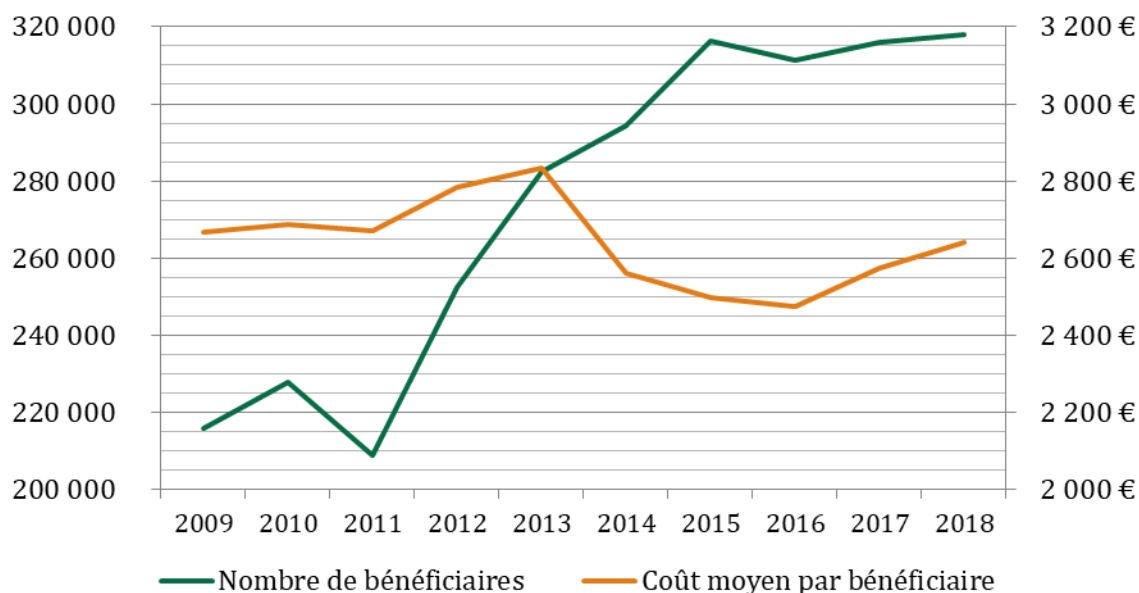
Source : ATIH.

3.2. La dépense réelle d'AME de droit commun par bénéficiaire en 2018 était de 2 675 €, soit un montant proche de celui de 2009

La mission a souhaité calculer le coût moyen par bénéficiaire de l'AME de droit commun.

Le choix du nombre de bénéficiaires à considérer est sujet à discussion : en effet, si la dépense est calculée tout au long de l'année, le nombre des bénéficiaires est connu à une date donnée. Le choix qui a été fait est de diviser les dépenses de l'année N par le nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année N-1 (cf. graphique 14).

Graphique 14 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME et du coût moyen par bénéficiaire de 2009 à 2018



Source : CNAM, mis en forme par la mission.

La dépense moyenne par bénéficiaire en 2018 était de 2 685 €, soit un niveau très proche de celui de 2009 (2 667 €). Sur la période étudiée, la dépense par bénéficiaire oscille entre un minimum de 2 475 € (en 2016) et un maximum de 2 832 € (en 2011). Les années 2012-2013 sont marquées par un pic de la dépense par bénéficiaire, consécutive à l'introduction du droit de timbre (cf. 3.1), suivi d'une baisse dans les années 2014-2016. **La dépense par bénéficiaire connaît à nouveau une croissance soutenue depuis 2016 (+ 4,1 % par an).** Il est à noter que la dépense moyenne de biens et services médicaux était de 3 087€ par assuré social en 2018.

Le coût moyen par bénéficiaire des SUV n'est pas calculable car le nombre de bénéficiaires du dispositif est inconnu et impossible à évaluer. Il est possible en revanche d'analyser l'évolution du coût des séjours à partir des données de l'ATIH : **le coût par séjour de soins urgents (hors séances) est passé de 3 376 € par séjour en 2015 à 3 775 € en 2018, soit une tendance à la hausse de 3,8 % par an.** Dans le même temps, le coût par séjour d'un bénéficiaire de l'AME passait de 2 591 € à 2 655 € par séjour, soit une augmentation de 0,8 % par an seulement. Le renchérissement plus rapide des séjours de soins urgents s'explique par un accroissement de la sévérité moyenne des séjours, qui a en partie contrebalancé la diminution des tarifs induite par la réforme du financement des hospitalisations pour soins urgents (le tarif journalier de prestations des grands hôpitaux est la plupart du temps supérieur aux tarifs moyens de l'ensemble du territoire, reflété dans les GHS, cf. encadré 1).

3.3. Le coût de la protection maladie des demandeurs d'asile était supérieur à 200 M€ en 2018, un montant qui s'ajoute aux 904 M€ de l'AME

Les demandeurs d'asile bénéficient de la protection maladie universelle (PUMa), leurs dépenses de soins ne peuvent donc pas être isolées simplement dans le système d'information de l'Assurance maladie. La mission a néanmoins tenté d'évaluer le coût de la protection maladie des demandeurs d'asile à partir des données fournies par les caisses primaires de Paris (75), Seine-Saint-Denis (93) et Bouches-du-Rhône (13) sur les dépenses de soins des demandeurs d'asile entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2019, présentées dans le tableau 2.

On note en premier lieu que la dépense par consommant varie du simple au triple entre la Seine-Saint-Denis (666 € par consommant) et les Bouches-du-Rhône (1 950 €). La mission n'a pas trouvé d'explication à cet écart, qui peut s'expliquer par l'hétérogénéité des données utilisées.

La mission a alors tenté d'extrapoler sur la base des hypothèses suivantes :

- ◆ le nombre de demandeurs d'asile ayant bénéficié de la PUMa en 2018 était égal à la somme des demandes d'asile déposées entre mi-2016 et fin 2018 (en supposant un délai de traitement de six mois⁷ et en tenant compte des douze mois de maintien des droits après rejet de la demande), soit 250 000 personnes environ ;
- ◆ la part des bénéficiaires consommant parmi les demandeurs d'asile bénéficiant de la PUMa était égal à celui observé en Seine-Saint-Denis, seul département où la mission ait obtenu ce chiffre, soit 65 % ;
- ◆ la dépense annuelle par bénéficiaire consommant pour la France entière était égale à la moyenne de ces trois départements, soit 1 192 €, en hypothèse médiane (666 € en hypothèse basse et 1 950 € en hypothèse haute).

On aboutit par ce premier calcul très rudimentaire à un coût de la protection maladie des demandeurs d'asile en France de l'ordre de 190 M€ par an en hypothèse médiane (110 M€ en hypothèse basse et 320 M€ en hypothèse haute).

⁷ En procédure normale, l'OFPPA statue sur la demande d'asile dans les six mois à compter de son introduction devant l'Office.

Annexe III

Un autre calcul consiste à extrapoler les dépenses sur la base du nombre de dépôts de demande d'asile : les trois départements étudiés ayant reçu 31 257 dépôts sur 109 783 dépôts en total national en 2018, soit 28,5 %, on suppose qu'ils représentent 28,5 % de la dépense PUMa pour les demandeurs d'asile. On aboutit par ce calcul alternatif, également très rudimentaire, à un coût de la protection maladie des demandeurs d'asile en France de l'ordre de 240 M€ par an.

Une autre estimation communiquée par la Direction de la Sécurité sociale, fondée sur l'hypothèse d'une dépense de soins identique pour les demandeurs d'asile et pour les bénéficiaires de l'AME, aboutit à un minorant de 270 M€.

Si l'on choisissait d'affilier les demandeurs d'asile à l'AME de droit commun plutôt qu'à la PUMa, le coût de l'AME de droit commun augmenterait de plus de 200 M€.

Tableau 2 : Calcul du coût de la protection maladie des demandeurs d'asile entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2019

Montants en €	CPAM 75	CPAM 93	CPAM 13	Total 75+93+13
Dépense PUMa des demandeurs d'asile (A)	56 387 659	13 597 289	33 437 582	103 422 530
Nombre de demandeurs d'asile ayant consommé des soins (B)	33 449	8 688	10 347	57 120
Dépense par an et par consommant (A/B/1,5)	1 167	666	1 950	1 192
Nombre de demandeurs d'asile bénéficiant de la PUMa (C)	-	13 324	-	-
Part des bénéficiaires consommant (B/C)	-	65,2 %	-	-
Nombre de dépôts de demande d'asile en 2018 (D)	20 733	5 978	4 546	31 257

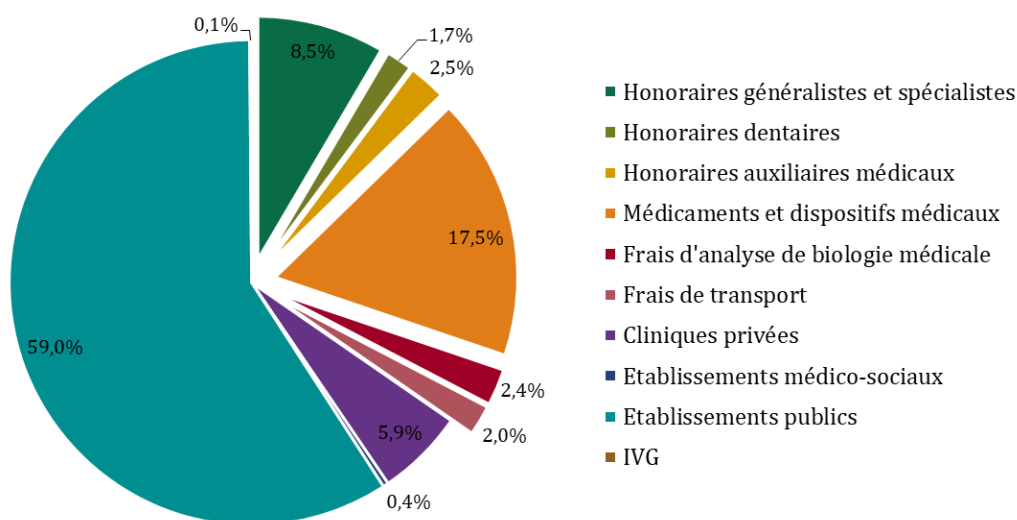
Sources : CPAM 75, CPAM 93 et CPAM 13 (A,B,C), OFII (D).

4. Les dépenses de soins

4.1. Quoique les dépenses de soins ambulatoires aient presque doublé de 2009 à 2018, les soins hospitaliers continuent de représenter presque deux tiers des dépenses de l'AME de droit commun

La répartition de la dépense de l'AME de droit commun est représentée dans le graphique 15. Les soins hospitaliers (établissements publics, établissements médico-sociaux et cliniques privées) représentent près de deux tiers (65,4 %) de la dépense d'AME de droit commun. Les dépenses de médecine de ville se répartissent entre les honoraires des professionnels de santé (12,7 % de la dépense), les médicaments et frais d'analyse de biologie médicale (19,9 %) et les frais de transport (2,0 %).

Graphique 15 : Décomposition de la dépense d'AME de droit commun en 2018

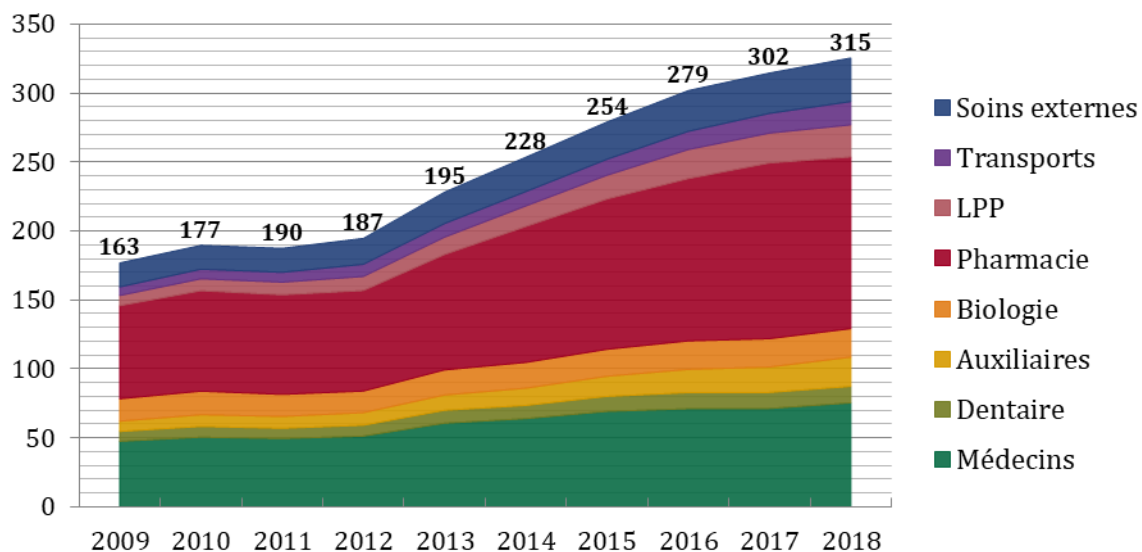


Source : CNAM, mis en forme par la mission.

L'analyse de l'évolution de la dépense de soins ambulatoires et consultations externes (cf. graphique 16) montre que ces soins, après avoir stagné entre 2009 et 2012, ont augmenté vigoureusement de 8,9 % par an entre 2012 et 2018, représentant une part croissante de la dépense d'AME de droit commun (de 30,8 % en 2011 à 38,4 % en 2018). L'inflexion de l'année 2012 peut s'expliquer par la suppression du droit de timbre (cf. 2.1 et 3.1). Les postes qui ont le plus augmenté sur la période 2012-2018 sont ceux des auxiliaires de soins (+ 15,1 % par an), des dispositifs médicaux (+ 14,7 % par an) et des transports (+ 11,4 % par an). En outre, les consultations de médecine de ville ont augmenté de 6,6 % et la consommation de médicaments de 9,3 % sur la période.

Annexe III

Graphique 16 : Évolution de la dépense de soins ambulatoires et consultations externes des bénéficiaires de l'AME de 2009 à 2018, en M€

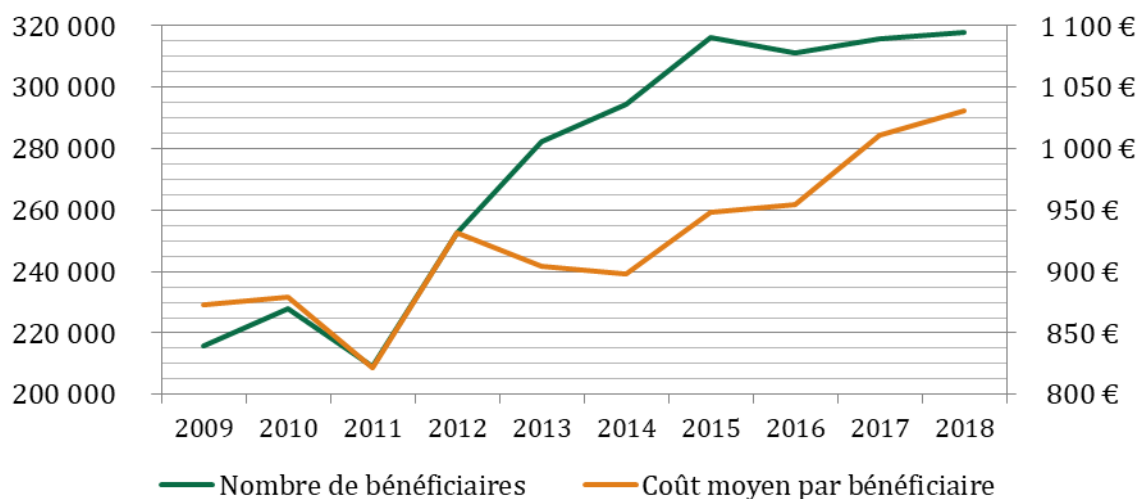


Source : CNAM, mis en forme par la mission.

Cette tendance ne s'explique que partiellement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME à partir de 2012. En effet, le coût des soins ambulatoires et consultations externes des bénéficiaires de l'AME a augmenté continûment de 2012 à 2018, partant d'un minimum historique de 822 € par bénéficiaire en 2012 pour atteindre 1 031 € par bénéficiaire en 2018 (cf. graphique 17).

Ces évolutions indiquent un processus (encore inachevé) de normalisation de l'accès au système de soins des populations bénéficiaires de l'AME : une dépense accrue de médecine de ville, même si elle reste inférieure à celle du droit commun, permet une prise en charge précoce des troubles de la santé et, ainsi, une économie probable de la dépense hospitalière.

Graphique 17 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME et du coût moyen par bénéficiaire des soins ambulatoires et consultations externes de 2009 à 2018

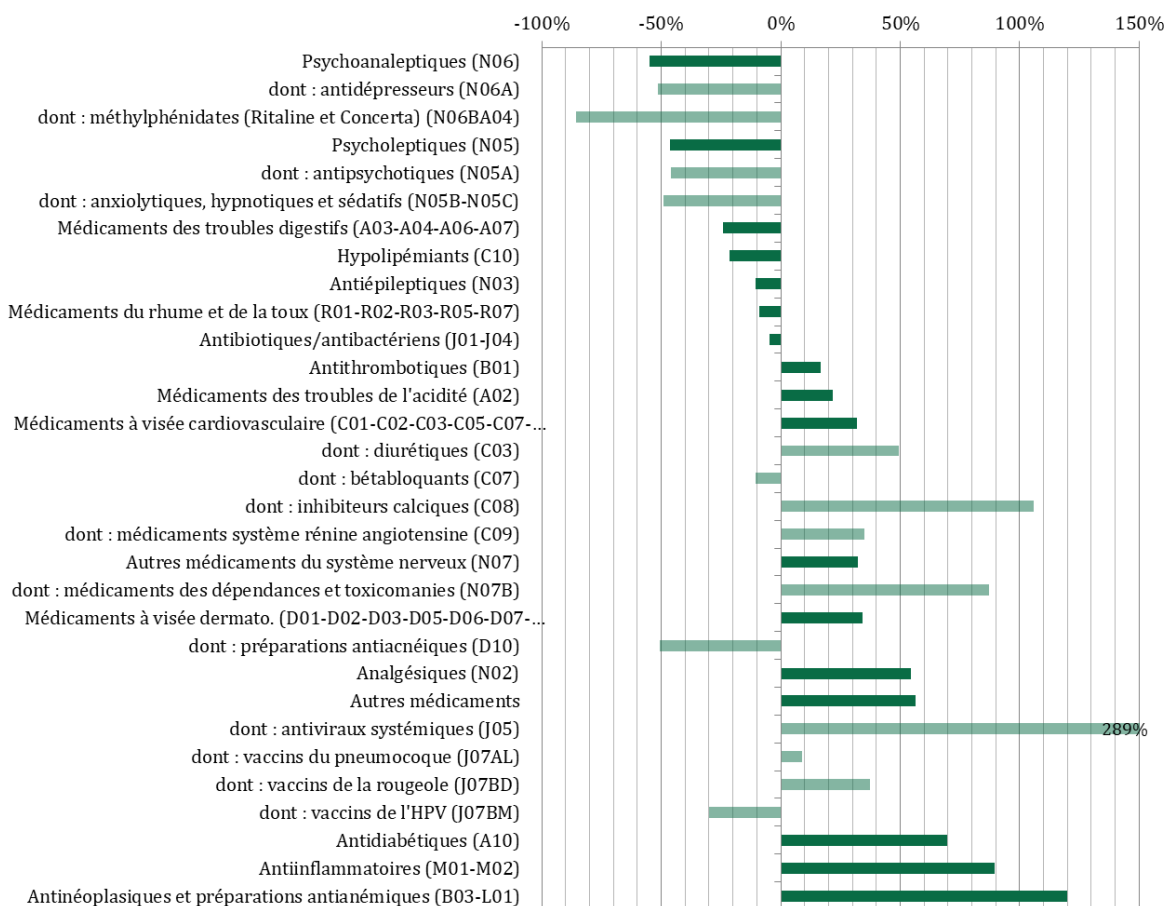


Source : CNAM, mis en forme par la mission.

4.2. La consommation de médicaments par les bénéficiaires de l'AME traduit les spécificités de cette population et ne permet pas de conclure à des abus

Le graphique 18 présente une comparaison de la consommation de médicaments entre les bénéficiaires de l'AME et les autres bénéficiaires de la protection maladie en 2018. Cette comparaison permet d'identifier de fortes atypies, positives comme négatives, dans la consommation de médicaments des bénéficiaires de l'AME.

Graphique 18 : Écart de consommation⁸ entre les bénéficiaires de l'AME et les assurés sociaux par classe de médicaments en 2018



Source : CNAM, mis en forme par la mission. Un écart de consommation positif correspond à une surconsommation des bénéficiaires de l'AME par rapport au reste de la population.

Parmi les **consommations médicales plus élevées** :

- ♦ les bénéficiaires de l'AME consomment beaucoup plus d'antiviraux systémiques que le reste de la population (13,03 € vs 3,35 €⁹, + 289 %), ce qui s'explique par une plus forte prévalence d'infections virales comme le VIH et les hépatites ; ces médicaments constituent à eux seuls 27,3 % de la base de remboursement médicaments pour les bénéficiaires de l'AME, contre 9,7 % pour le reste de la population ;

⁸ Ratio AME/non-AME de la base de remboursement par bénéficiaire consommant, après standardisation des données selon l'âge et le sexe.

⁹ Les montants indiqués ici et dans la suite correspondent à la base de remboursement par consommant, pour les bénéficiaires de l'AME vs les assurés sociaux de droit commun.

Annexe III

- ◆ les bénéficiaires de l'AME consomment beaucoup plus de médicaments des dépendances et toxicomanies que le reste de la population (1,42 € vs 0,76 €, + 87 %), ce qui traduit vraisemblablement une forte prévalence des toxicomanies dans cette population ;
- ◆ les bénéficiaires de l'AME consomment beaucoup plus d'antinéoplasiques (4,61 € vs 2,10 €, + 120 %) que le reste de la population, ce qui peut s'expliquer par la plus forte prévalence de cancers dans cette population, conséquence possible d'une migration pour soins (cf. 4.5) ;
- ◆ les bénéficiaires de l'AME consomment plus d'antidiabétiques (2,42 € vs 1,43 €, + 70 %) que le reste de la population, ce qui peut s'expliquer par des conditions de vie moins favorables et par la prévalence plus forte du diabète dans certaines populations migrantes, en provenance du Maghreb notamment ; l'hypothèse complémentaire d'une migration pour soins n'est pas à exclure ;
- ◆ les bénéficiaires de l'AME consomment également plus d'anti-inflammatoires (0,78 € vs 0,41 €, + 89 %) et d'analgésique (2,59 € vs 1,68 €, + 55 %) que le reste de la population, ce qui pourrait simplement traduire un état de santé général dégradé.

Parmi les **consommations médicales plus faibles** :

- ◆ les bénéficiaires de l'AME consomment moins de psycholeptiques (- 46 %) et psychoanaleptiques (- 55 %) que le reste de la population, ce qui, considérant l'état de santé psychique dégradé des migrants¹⁰, peut signaler un défaut de prise en charge psychiatrique ;
- ◆ les bénéficiaires de l'AME consomment également moins de médicaments associés à des pathologies moins lourdes : antiacnéiques (- 51 %), médicaments contre les troubles digestifs (- 24 %), contre le rhume et la toux (- 9 %).

La tendance de l'écart de consommation entre les bénéficiaires de l'AME et les autres bénéficiaires de la protection maladie a également été étudiée pour détecter des évolutions atypiques. Le taux moyen annuel de croissance de l'écart de consommation pour chaque classe de médicaments entre 2015 et 2018 est présenté dans le graphique 19.

Parmi les **postes de consommation relative croissante**, on note que :

- ◆ la consommation relative d'antiviraux systémiques a fortement augmenté de 2015 à 2018 (+ 20,0 % par an) ; ceci reflète peut-être une hausse de la prévalence relative du VIH et des hépatites dans la population des bénéficiaires de l'AME, mais surtout la généralisation des traitements contre l'hépatite C, qui sont très onéreux ;
- ◆ la consommation relative d'antinéoplasiques a fortement augmenté de 2015 à 2018 (+ 18,3 % par an) ; ceci peut s'expliquer par une hausse de la prévalence relative des cancers chez les bénéficiaires de l'AME, qui renforcerait l'hypothèse d'une migration pour soins (cf. supra) ;
- ◆ la consommation relative d'anti-thrombotiques et d'antiépileptiques a fortement augmenté de 2015 à 2018 (+ 5,1 % et + 7,9 % par an, respectivement) ; la mission n'a pas trouvé d'explication à cette évolution.

Parmi les **postes de consommation relative décroissante**, on note que :

- ◆ la consommation relative de psycholeptiques et psychoanaleptiques a reculé sur la période 2015-2018 (- 2,6 % et - 11,6 % par an, respectivement) alors qu'elle s'était accrue sur la période 2007-2015 (+ 4,1 % et + 9,0 % par an, respectivement) ; ceci pourrait signaler une récente dégradation de la prise en charge psychiatriques des bénéficiaires de l'AME ;

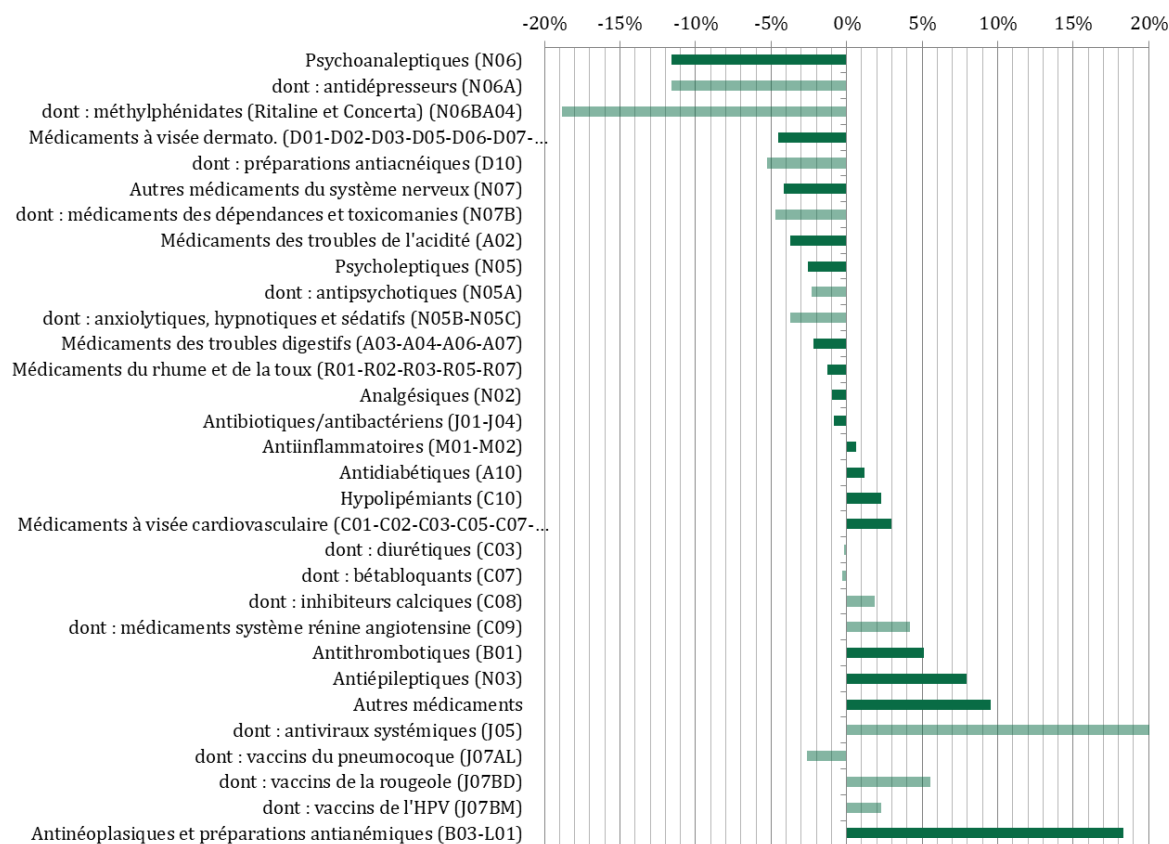
¹⁰ Voir notamment : Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017;(19-20):405-14.

Annexe III

- la consommation relative des médicaments des dépendances et toxicomanies a reculé sur la période 2015-2018 (- 4,7 %) alors qu'elle s'était fortement accrue sur la période 2007-2015 (+ 7,5 % par an) ; ceci pourrait indiquer une baisse de la prévalence des toxicomanies dans la population, une dégradation de leur prise en charge ou une diminution des trafics consécutive aux mesures de lutte contre la fraude mises en place par l'Assurance maladie.

La consommation relative globale de médicaments des bénéficiaires de l'AME a quant à elle crû de 6,4 % par an entre 2015 et 2018 contre 1,4 % par an entre 2017 et 2015. Considérant que l'évolution de la consommation relative de la plupart des classes des médicaments a été inférieure à 5 % par an entre 2015 et 2018, il est très probable que cette forte croissance récente soit le fait de la généralisation des traitements contre l'hépatite C.

Graphique 19 : Évolution de 2015 à 2018 de l'écart de consommation¹¹ entre bénéficiaires de l'AME et assurés sociaux par classe de médicaments (taux moyen annuel de croissance)



Source : CNAM, mis en forme par la mission.

¹¹ Ratio AME/non-AME de la base de remboursement par bénéficiaire consommant, après standardisation des données selon l'âge et le sexe.

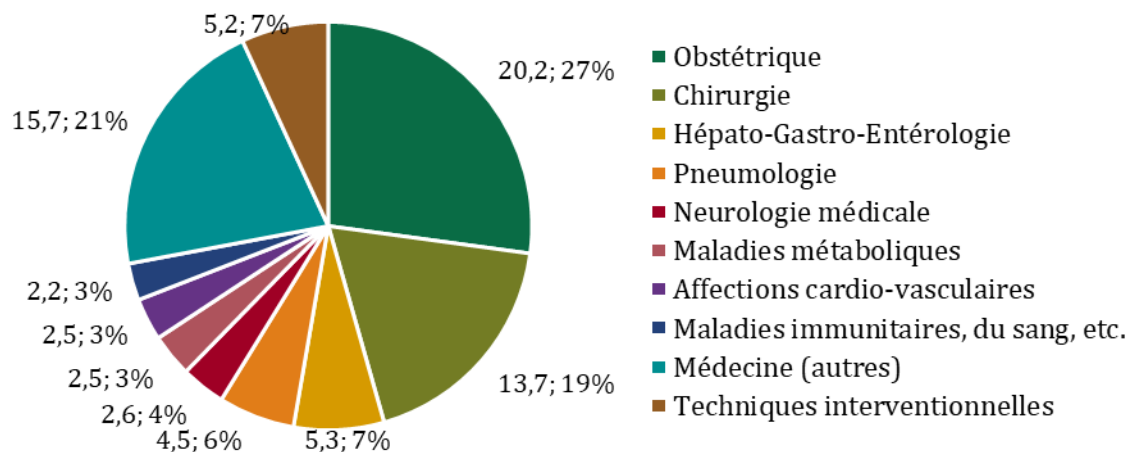
4.3. L'obstétrique compte pour plus d'un quart des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de droit commun et presque un tiers des séjours de soins urgents

Compte tenu de la prépondérance des dépenses hospitalières dans les dépenses de l'AME, il paraît essentiel d'analyser la décomposition de celles-ci. Pour ce faire, la mission a exploité les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

4.3.1. Pour les bénéficiaires de l'AME

En termes de séjours (cf. graphique 20), l'obstétrique représente plus d'un quart (27 %) des 74 470 séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME en 2018, tandis que la médecine en représente un peu moins de la moitié (47 %) et la chirurgie 19 %. Les spécialités de médecine les plus concernées sont l'hépatogastro-entérologie (7 %) et la pneumologie (6 %). Les dialyses représentent plus de la moitié (53 %) des 41 544 séances hospitalières des bénéficiaires de l'AME.

Graphique 20 : Décomposition par spécialité des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de droit commun en 2018 (en milliers de séjours et en %)



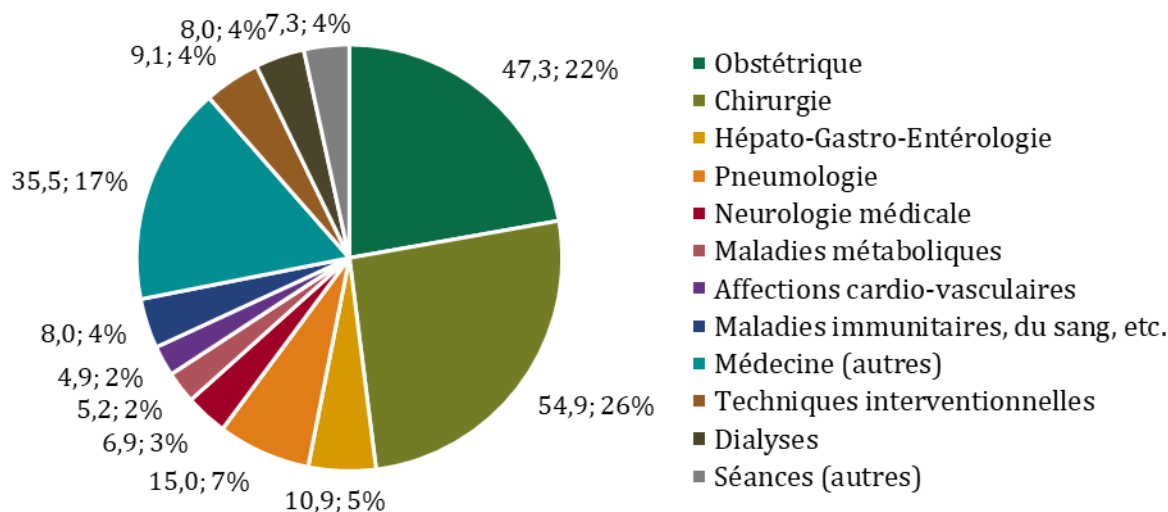
Source : ATIH, mis en forme par la mission.

En termes de volume financier, séjours et séances confondus (cf. graphique 21), l'obstétrique représente un peu plus d'un cinquième (22 %) des dépenses hospitalières des bénéficiaires de l'AME¹², derrière la chirurgie qui en représente plus du quart (26 %). La médecine représente 44 % de la dépense et les séances (dialyses et autres) en représentent 7%. Le coût moyen d'un séjour était de 2 656 €, et celui d'une séance de 369 €.

En termes de dynamique de la dépense, les domaines d'activité ayant le plus contribué à la croissance de la dépense hospitalière des bénéficiaires de l'AME entre 2017 et 2018 sont l'hématologie (+ 1,95 M€), la pneumologie (+ 1,77 M€) et les séances (+ 1,75 M€). À eux trois, ils expliquent entièrement la progression de 5,42 M€ de la dépense calculée par l'ATIH.

¹² L'obstétrique ne représente que 9 % des dépenses hospitalières pour les assurés de droit commun.

Graphique 21 : Décomposition par spécialité de la dépense hospitalière des bénéficiaires de l'AME de droit commun en 2018 (séjours et séances, en M€ et en %)



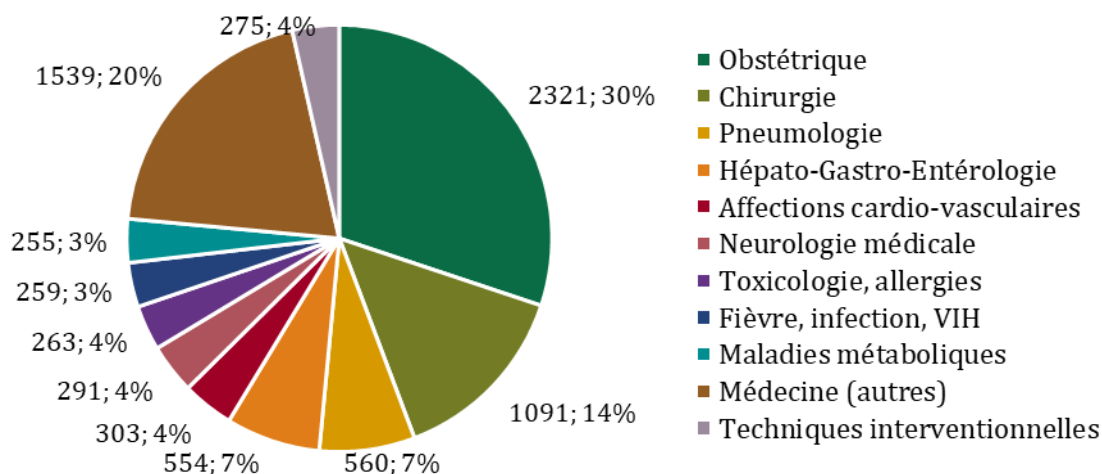
Source : ATIH, mis en forme par la mission.

4.3.2. Pour les soins urgents

Les soins urgents ne concernent, par construction, que des dépenses hospitalières. La même analyse a été faite que pour l'AME sur la base des données de l'ATIH.

En termes de séjours (cf. graphique 22), l'obstétrique représente presque un tiers (30 %) des 7 711 séjours hospitaliers de soins urgents en 2018, tandis que la médecine en représente un peu moins de la moitié (45 %) et la chirurgie 14 %. Comme pour l'AME, les spécialités de médecine les plus concernées sont l'hépatogastro-entérologie et la pneumologie (7 % chacune). Les dialyses représentent plus de la moitié (53 %) des 2 621 séances hospitalières de soins urgents.

Graphique 22 : Décomposition par spécialité des séjours hospitaliers de soins urgents et vitaux en 2018 (en nombre de séjours et en %)

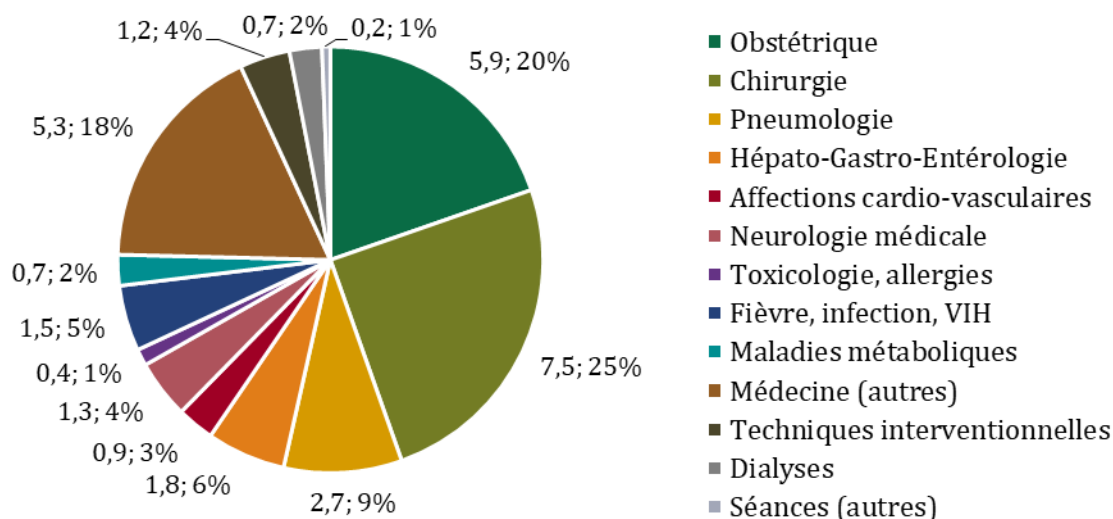


Source : ATIH, mis en forme par la mission.

En termes de volume financier, séjours et séances confondus (cf. graphique 23), l'obstétrique représente un cinquième (20 %) des dépenses hospitalières de soins urgents, derrière la chirurgie qui en représente un quart (25 %). La médecine représente 41 % de la dépense et les séances (dialyses et autres) en représentent 3%.

Le coût moyen d'un séjour était de 3 775 €, soit un surcoût de 42 % par rapport aux séjours des bénéficiaires de l'AME qui s'explique par une plus grande sévérité des séjours : le dispositif des soins urgents ne couvre, par définition, que des cas urgents donc potentiellement sévères¹³. Cette différence de coût moyen des séjours est particulièrement prononcée pour la chirurgie (+ 71 %) et la neurologie médicale (+ 76 %) ; seule l'obstétrique ne présente pas de surcoût notable (2 546 € par séjour pour les soins urgents contre 2 341 € pour les bénéficiaires de l'AME, + 8 %). Si l'on exclut l'obstétrique, le coût moyen d'un séjour de soins urgents est de 4 302 € contre 2 773 € pour un séjour d'un bénéficiaire de l'AME, soit un surcoût de 55 %.

Graphique 23 : Décomposition par spécialité de la dépense hospitalière de soins urgents et vitaux en 2018 (séjours et séances, en M€ et en %)



Source : ATIH, mis en forme par la mission.

4.4. Les données de l'ATIH montrent des atypies chez les bénéficiaires de l'AME vis-à-vis des assurés sociaux de droit commun, dont certaines sont difficiles à expliquer sans faire l'hypothèse d'une migration pour soins

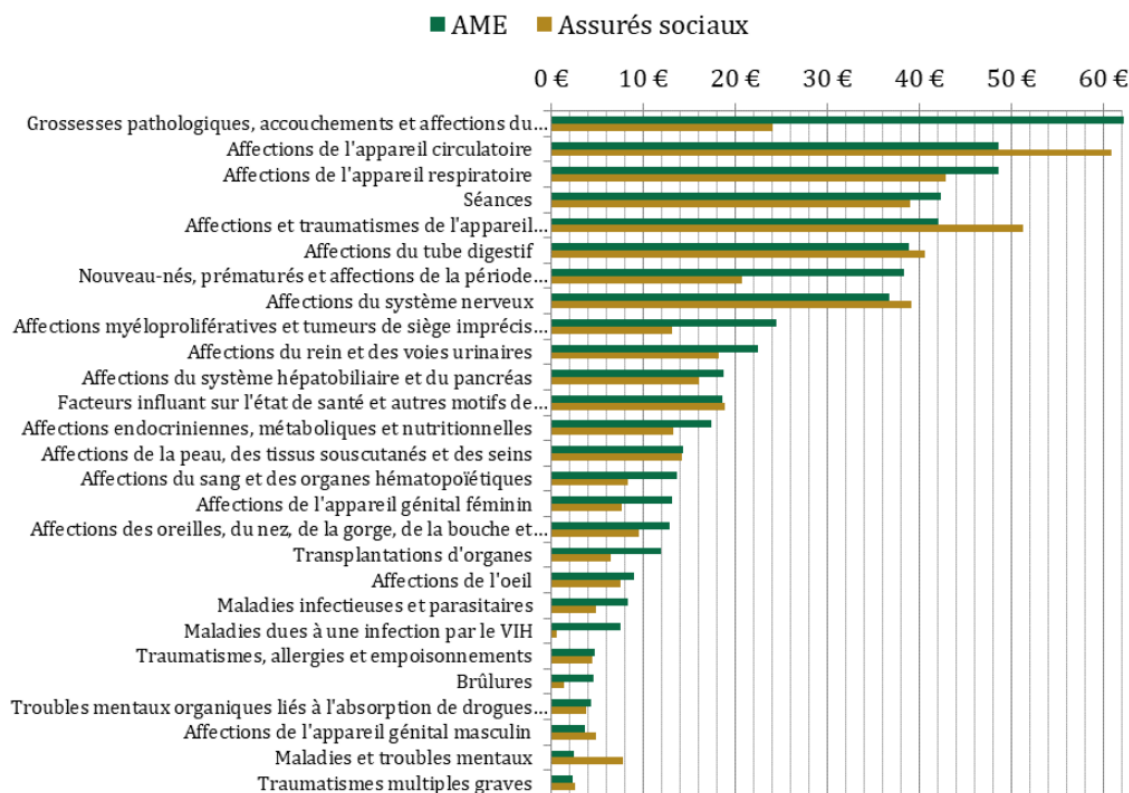
À partir des données de l'ATIH pour l'année 2018 pour les bénéficiaires de l'AME et pour les assurés sociaux de droit commun, la mission a cherché à identifier des singularités dans la prévalence de certaines pathologies.

¹³ De fait, en 2018, 42,6 % de séjours de soins urgents présentaient une sévérité contre 24,4 % des séjours de bénéficiaires de l'AME (source : ATIH).

4.4.1. La dépense d'AME consacrée au traitement des tumeurs, transplantations, maladies du sang et maladies métaboliques est plus élevée

Dans un premier temps, la mission a comparé la dépense par bénéficiaire (ou par assuré social) pour chaque catégorie majeure de diagnostic (CMD). Les résultats de l'analyse sont présentés dans le graphique 24.

Graphique 24 : Dépense hospitalière par bénéficiaire de l'AME et par assuré social de droit commun, pour chaque catégorie majeure de diagnostic



Source : ATIH, mis en forme par la mission.

L'obstétrique et la périnatalité forment des cas à parts, où les écarts entre les deux populations sont considérables (+ 375 % pour l'obstétrique, + 85 % pour la périnatalité) et explicables par leurs sociologies respectives. Les affections de l'appareil génital féminin (+ 70 %) obéissent vraisemblablement à la même logique.

En dehors de ces trois cas, les CMD pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME se démarquent le plus des assurés de droit commun pour leur dépense hospitalière sont : les maladies dues à une infection par le VIH (+ 991 %), les brûlures (+ 221 %), les « affections myélo-prolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus » (+ 86 %), les transplantations d'organes (+ 84 %), les maladies infectieuses et parasitaires (+ 72 %), les affections du sang et des organes hématopoïétiques (+ 63 %), les affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents (+ 35 %) et les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (+ 32 %). Les affections du rein et des voies urinaires (+ 23 %) montrent un écart de dépense plus faible quoique significatif.

L'écart de dépense pour les maladies liées au VIH et pour les maladies infectieuses s'explique par la plus forte prévalence de ces pathologies parmi les bénéficiaires de l'AME.

En ce qui concerne les tumeurs, les transplantations d'organes, les affections du rein, le diabète et les affections du sang¹⁴, l'écart de dépense constaté dans la population des bénéficiaires de l'AME ne peut être expliqué uniquement par leurs conditions de vie ou par leurs caractéristiques démographiques. Ces observations, qui doivent être interprétées avec précaution étant donné que le nombre des bénéficiaires de l'AME est inférieur à celui des étrangers en situation irrégulière, confortent l'hypothèse d'une migration pour soins.

Les CMD pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME dépensent moins que les assurés de droit commun sont les affections de l'appareil circulatoire (- 20 %), de l'appareil musculo-squelettique (- 18 %), du tube digestif (- 4 %) et du système nerveux (- 6 %).

4.4.2. La dépense d'AME consacrée aux séjours en hématologie, chimiothérapie, radiothérapie, transplantation et endocrinologie est particulièrement élevée

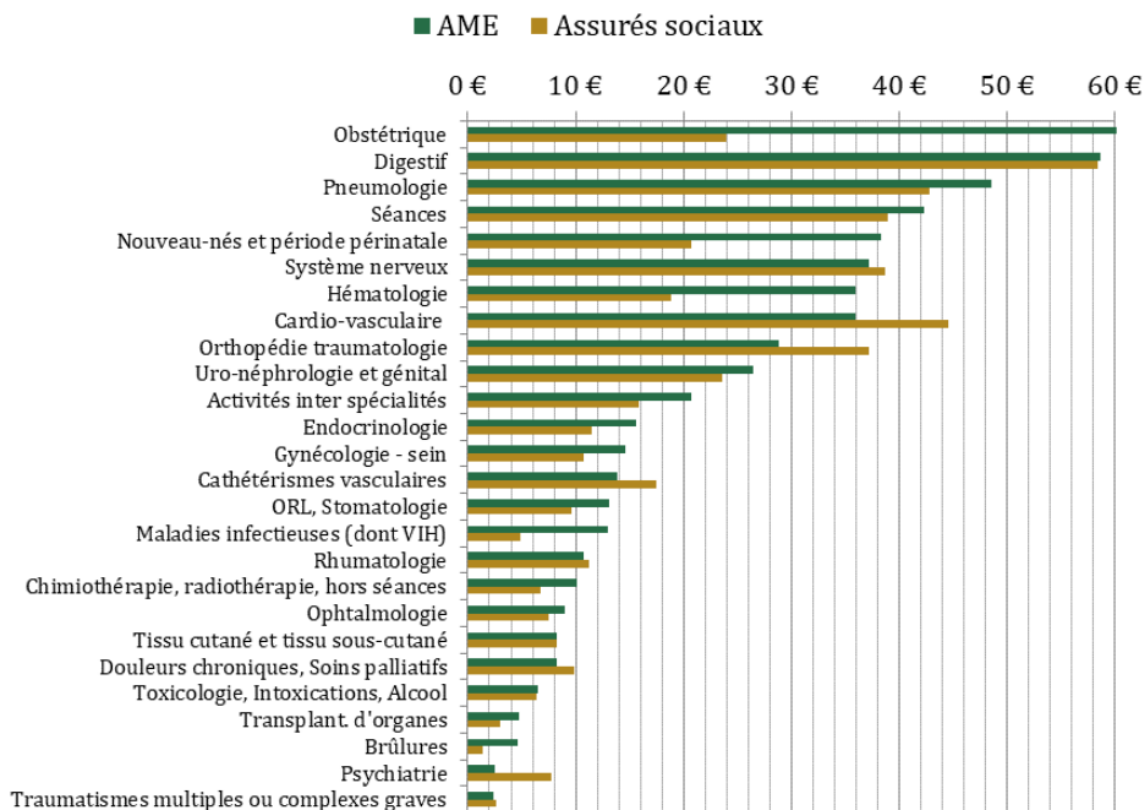
Dans un second temps, la mission a mené la même analyse par domaine d'activité (cf. graphique 25). Les résultats corroborent largement ce qui précède :

- ♦ les domaines d'activités pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME dépensent significativement moins que les assurés de droit commun sont la psychiatrie (- 67 %)¹⁵, l'orthopédie traumatologique (- 23 %), les cathétérismes vasculaires (- 21 %), le domaine cardio-vasculaire (- 19 %) et les douleurs chroniques et soins palliatifs (- 17 %) ;
- ♦ en dehors de l'obstétrique (+ 375 %), de la périnatalité (+ 85 %) et de la gynécologie (+ 36 %), les domaines d'activités pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME dépensent significativement plus que les assurés de droit commun sont les maladies infectieuses (+ 167 %), l'hématologie, la transplantation d'organes, la chimiothérapie et la radiothérapie hors séances, la stomatologie (+ 36 %) et l'endocrinologie (+ 35 %).

¹⁴ Si l'incidence plus élevée de la drépanocytose en Afrique subsaharienne peut contribuer à cet écart dans le cas des maladies du sang, elle ne semble pas pouvoir l'expliquer à elle seule.

¹⁵ Étant donné l'état de santé psychique dégradé des migrants, ce chiffre signale une insuffisance criante de prise en charge psychiatrique des bénéficiaires de l'AME (cf. 4.2).

Graphique 25 : Dépense hospitalière par bénéficiaire de l'AME et par assuré social de droit commun, pour chaque domaine d'activité



Source : ATIH, mis en forme par la mission.

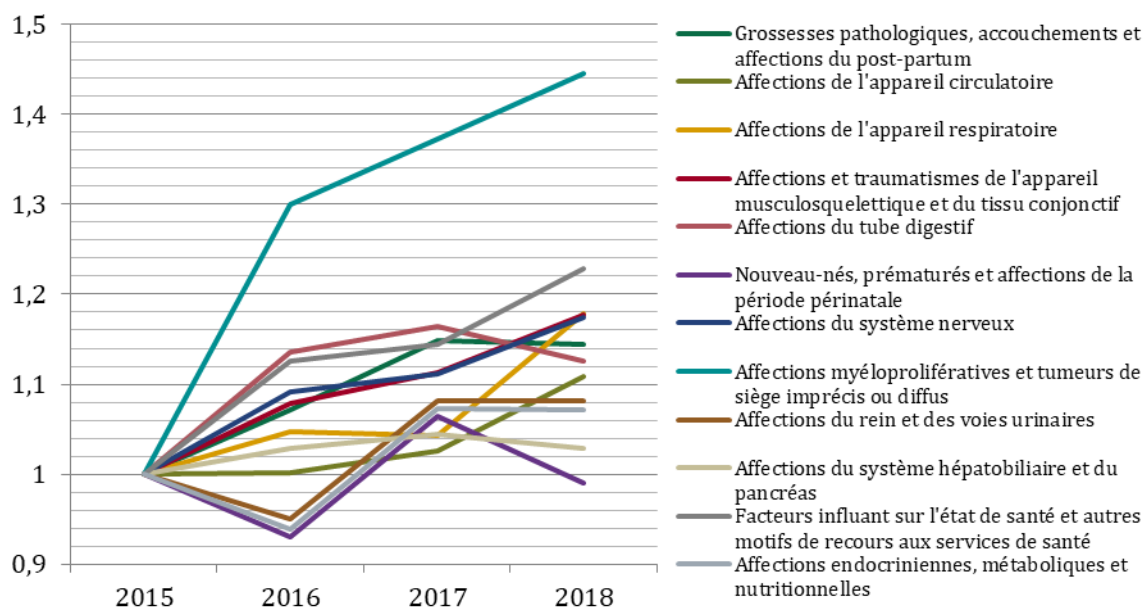
4.5. Les données de l'ATIH permettent de déceler des atypies dans les tendances de dépense de soins, en particulier pour les séances hospitalières des bénéficiaires de l'AME

À partir des données de l'ATIH sur 2015-2018, la mission a cherché à identifier des tendances qui signaleraient une atypie dans la prévalence de certaines pathologies ou dans les dépenses associées à certains soins.

4.5.1. Les tumeurs représentent la dépense la plus dynamique parmi les catégories majeures de diagnostic des séjours AME entre 2015 et 2018, en raison principalement du renchérissement des traitements

La mission a analysé les tendances de dépenses par catégorie majeure de diagnostic, hors séances. L'évolution de la dépense pour les principales catégories (plus de 5 M€ de dépense en 2018) sont représentées dans le graphique 26.

Graphique 26 : Évolution de la dépense hospitalière des bénéficiaires de l'AME de droit commun de 2015 à 2018, pour les principales catégories majeures de diagnostic



Source : ATIH, mis en forme par la mission.

En dehors des « autres motifs », les catégories de diagnostic présentant une croissance supérieure à 5 % par an sur la période étudiée sont les affections du système nerveux (+ 5,5 %) de l'appareil respiratoire (+ 5,6 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (+ 5,6 %) et les « affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus » (+ 13,1 %). Le taux de croissance de la dépense pour cette dernière catégorie semble davantage résulter d'un effet prix que d'un effet volume, le nombre des séjours augmentant dans le même temps de 4,0 % par an.

Parmi les catégories non représentées dans le graphique car représentant une dépense inférieure à 5 M€, les affections du sang et des organes hématopoïétiques sont la catégorie dont la croissance sur 2015-2018 est la plus forte : + 7,4 % par an en nombre de séjours et + 8,2 % par an en montant. Ce taux de croissance élevé pourrait avoir comme facteur explicatif une migration pour soins des personnes concernées.

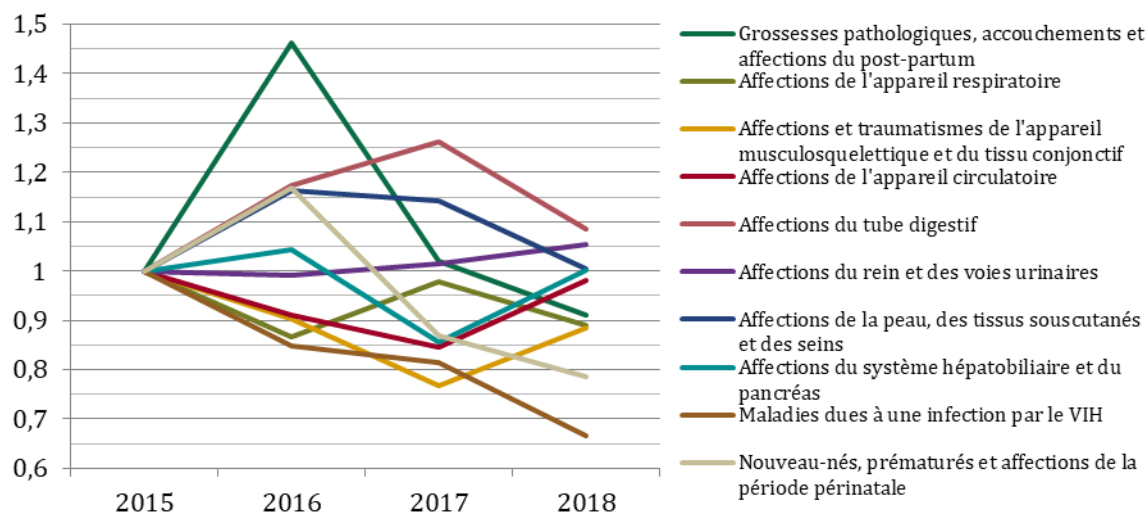
Les séjours des bénéficiaires de l'AME dans des hôpitaux inclus dans les statistiques de l'ATIH représentaient en 2018 une dépense¹⁶ de :

- ◆ 9,2 M€ pour les affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus ;
- ◆ 4,9 M€ pour les affections du sang et des organes hématopoïétiques.

La même analyse menée pour les principales catégories majeures de diagnostic des soins urgents (plus de 1 M€ de dépense en 2018) n'a pas permis d'identifier d'atypie, toutes les catégories présentant une croissance moyenne annuelle inférieure à 2,7 % par an sur la période étudiée (cf. graphique 27).

¹⁶ Y compris molécules onéreuses.

Graphique 27 : Évolution de la dépense hospitalière de soins urgents de 2015 à 2018, pour les principales catégories majeures de diagnostic

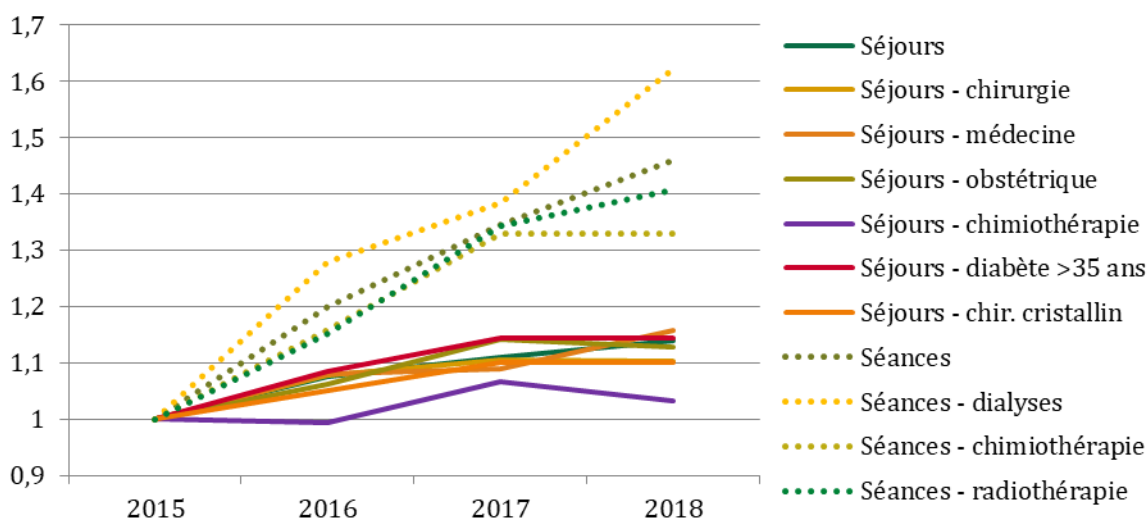


Source : ATIH, mis en forme par la mission.

4.5.2. Les dépenses liées aux séances de dialyse, radiothérapie et chimiothérapie ont crû de façon très forte entre 2015 et 2018, confortant l'hypothèse d'une migration pour soins

La mission a analysé les tendances de dépense par spécialité et par catégorie de séjours (cf. graphique 28).

Graphique 28 : Évolution de la dépense hospitalière des bénéficiaires de l'AME de droit commun de 2015 à 2018, pour certaines catégories de séjours/séances



Source : ATIH, mis en forme par la mission.

Les dépenses dues aux séjours de bénéficiaires de l'AME ont crû de 4,5 % par an sur la période, la croissance la plus forte étant de 5,0 % par an pour les séjours en médecine. Le nombre de séjours a sur la même période augmenté de 3,6 %, ce qui montre que globalement l'effet volume a été prépondérant sur l'effet coût.

Les dépenses dues aux séances de bénéficiaires de l'AME ont quant à elles crû de 13 % par an sur la période étudiée. Les taux de croissances annuels sont de 17 % pour les séances de dialyse, 10 % pour les séances de chimiothérapie et 12 % pour les séances de radiothérapie.

Cette observation est à rapprocher des deux constats suivants :

- ◆ dans le même temps, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'AME était quasiment nulle (+ 0,2 % par an, cf. 2.1), ce qui exclut l'hypothèse explicative d'une poussée migratoire homogène ou d'une facilitation de l'accès aux droits ;
- ◆ le taux de croissance annuel du nombre de séances est encore plus important dans le cas de la dialyse (+ 19,7 % par an) et de la chimiothérapie (+ 13,2 % par an), ce qui exclut l'hypothèse explicative d'un renchérissement des soins ; il est de + 7,9 % par an pour la radiothérapie, ce qui montre qu'un effet prix existe mais reste inférieur à l'effet volume.

Sauf à supposer une hausse du nombre de séances par patient, peu probable en l'absence d'un changement radical des protocoles médicaux, la seule explication possible de ce phénomène est une hausse de la part de personnes nécessitant des séances parmi les bénéficiaires de l'AME. Cette hausse peut difficilement s'expliquer sans faire l'hypothèse d'une migration pour soins.

La hausse du nombre et du coût des séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie pour les bénéficiaires de l'AME s'explique donc très probablement par le fait qu'une partie des étrangers en situation irrégulière soient arrivés en France pour obtenir des soins.

Le coût des séances pour les bénéficiaires de l'AME traités dans des hôpitaux inclus dans les statistiques de l'ATIH s'élevait en 2018 à :

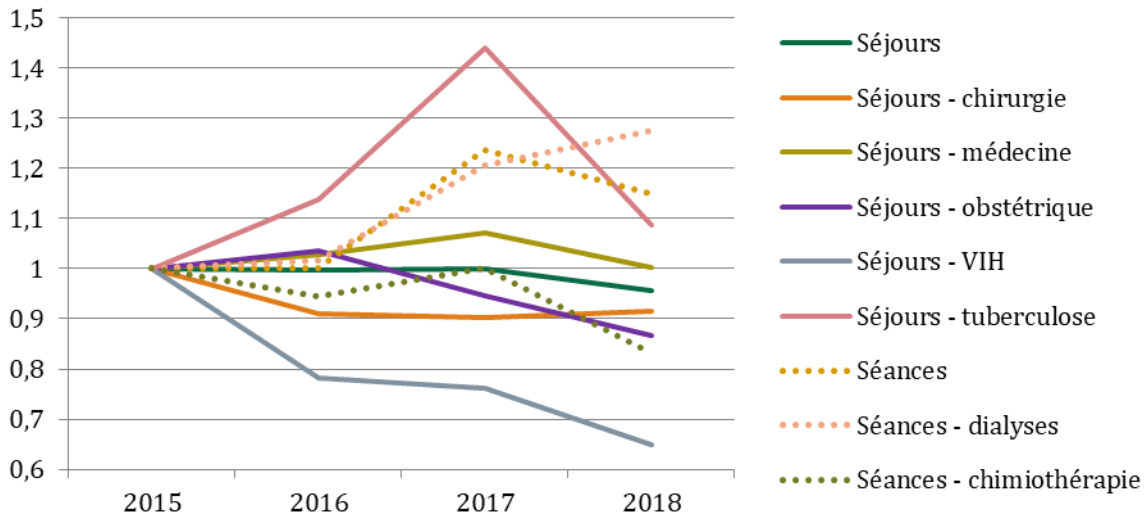
- ◆ 8,0 M€ pour la dialyse ;
- ◆ 4,5 M€ pour la chimiothérapie ;
- ◆ 2,1 M€ pour la radiothérapie.

La même analyse a été réalisée pour les soins urgents et n'a pas permis de détecter des anomalies aussi marquées (cf. graphique 29).

Si l'on observe en 2017 un pic dans les dépenses liées aux séjours pour tuberculose (+ 20 % par an sur 2015-2017), ce pic se résorbe nettement en 2018, ce qui laisse penser que la cause de l'évolution est davantage épidémiologique que migratoire. On observe que les dépenses de soins urgents ont globalement diminué sur la période (- 1,27 % par an), ce qui est cohérent avec les données fournies par l'Assurance maladie bien que la baisse des dépenses calculée par cette dernière soit nettement plus prononcée (- 7,7 % de 2015 à 2018, cf. 3.1).

Dans ce contexte de baisse généralisée des dépenses de soins urgents, peut-être due à la complexification de la procédure de facturation en soins urgents pour les hôpitaux ou à la facilitation de l'ouverture des droits à l'AME pour les étrangers en situation irrégulière (cf. 3.1), **le fait que les séances de dialyse augmentent de façon très dynamique en nombre (+ 9,3 % par an) et en coût (+ 8,5 % par an) semble indiquer une anomalie de même nature que celle relevée pour l'AME.**

Graphique 29 : Évolution de la dépense hospitalière de soins urgents de 2015 à 2018, pour certaines catégories de séjours/séances



Source : ATIH, mis en forme par la mission.

4.6. La typologie médicale des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, évaluée sur un échantillon hospitalier, correspond aux objectifs de ces deux dispositifs mais révèle des cas de migration pour soins

L'analyse des données de la Caisse nationale d'assurance maladie, de l'Agence technique de l'information hospitalière ou des fichiers hospitaliers permet d'avoir une typologie précise des pathologies prises en charge lors des hospitalisations (séjours et séances) ; ces bases ne corrélaient pas les bénéficiaires SUV/AME, les pathologies et les pays d'origine, qui n'y sont pas conservées ; elles ne permettent pas de tracer les motivations d'accès aux soins ou les parcours individuels.

Les systèmes d'information du suivi des soins effectués en ville ou dans des structures de soins (centres de santé ou établissements hospitaliers) lors des consultations ne permettent pas de connaître les pathologies prises en charge ; seule une approche indirecte par les prescriptions pourrait approcher cette nosologie ; les contraintes de temps et les moyens impartis à la mission ne permettent pas cette analyse.

La mission a analysé, avec le concours des départements d'information médicale des trois centres hospitaliers et universitaires accueillant le plus de patients relevant de l'AME et d'un centre hospitalier de Seine Saint Denis¹⁷, **180 dossiers anonymisés de patients bénéficiant de l'AME**, ainsi que les motifs de prise en charge de 310 patients consécutifs relevant des soins urgents et vitaux en 2018.

Enfin pour 1 490 patients consécutifs bénéficiant de l'AME en 2018, la mission a corrélié l'origine géographique et la pathologie, en recourant aux dossiers médicaux et en comparant ces données à celle des assurés sociaux pris en charge pendant la même période dans la même structure. L'objectif était de vérifier l'éventualité d'un *case-mix*¹⁸ spécifique selon le pays d'origine. **Ces échantillons ne sont pas statistiquement significatifs, mais permettent néanmoins d'éclairer la problématique.**

¹⁷ Ces quatre établissements accueillent environ 30 % des séjours et séances des patients bénéficiaires de l'AME.

¹⁸ Le *case-mix* correspond à l'éventail des cas par groupes homogènes de séjours ou par catégories majeures de diagnostic.

Annexe III

Les pathologies prises en charge au titre des soins urgents et vitaux de l'échantillon correspondent tous à la condition d'accès médicale à des soins urgents. Ces soins concernent des pathologies très diverses, accidents vasculaires, urgences digestives, insuffisances cardiaques, insuffisances rénales, affections pulmonaires, pathologies infectieuses dont huit cas de tuberculoses pulmonaires, mais également intoxications alcooliques ou toxiques, complications de drépanocytoses et traumatismes etc.

Parmi ces 310 prises en charge en urgence, le motif principal est néanmoins la maternité, avec 74 accouchements par voie basse et 20 césariennes. Dans le même établissement pendant la même période, seuls trois accouchements ont concerné des patientes relevant de l'AME, c'est-à-dire présentes en situation irrégulière depuis plus de trois mois sur le territoire national. Cette prévalence de naissances sous dispositif des SUV interroge et corrobore les allégations de soignants évoquant lors des entretiens avec la mission la possibilité d'arrivées parfois récurrentes sur le territoire pour une prise en charge obstétricale.

Les séjours et leur corrélation avec les pays d'origine ne permettent pas de caractériser des files actives par pathologie spécifique à un pays.

Les dossiers de patients bénéficiaires de l'AME de droit commun de l'échantillon correspondent également à un *case-mix* étendu recouvrant des situations pathologiques variées, relevant des 28 catégories majeures de diagnostic de la classification du PMSI. Par comparaison avec les soins aux assurés sociaux accueillis pendant la même période, le *case-mix* des bénéficiaires de l'AME est plus réduit car il exclut certains actes¹⁹ par exemple la chirurgie de l'obésité, l'implantation de prothèses valvulaires cardiaques par voie endovasculaire, la stimulation cérébrale profonde, les interventions pour oreilles décollées ou déformations du nez, ainsi que l'implantation de prothèses mammaires ou de séances de curiethérapie ou de radiothérapie complexe, et en santé mentale les névroses dépressives.

L'analyse des 241 dossiers d'hospitalisation consécutifs en 2018 relevant de la pédiatrie générale correspond essentiellement à des pathologies courantes infectieuses (bronchiolites, gastroentériques, infection ORL) sans spécificité par pays d'origine. La file active des patients en dialyse représente environ 1 % des patients en AME en 2018 dans les établissements de l'échantillon.

L'analyse de 99 dossiers de dialyse a révélé que **dans 43 cas (soit 43 %), le patient, déjà porteur d'une fistule artério-veineuse et dialysé dans son pays d'origine, est venu sur le territoire français dans un objectif de prise en charge sanitaire.** Néanmoins la prise en charge de ces patients doit impérativement être effectuée dans les 48-72 heures après leur arrivée sous peine d'engager le risque vital et de générer des séjours lourds et coûteux en réanimation.

L'analyse de 40 dossiers de chimiothérapie oncologique de bénéficiaire d'AME, révèle que **dans 25 % des cas il existe des éléments de certitude d'une venue pour soins après diagnostic et traitement initial dans le pays d'origine.** Les autres cas concernent des patients diagnostiqués sur le territoire national ou hospitalisés pour complications inopinées, souvent en rupture thérapeutique, après leur arrivée sur le territoire français.

¹⁹ Dont la réalisation représente plus de 100 actes annuels chez les assurés sociaux de la série comparative.

ANNEXE IV

Organisation de la gouvernance et de la mise en œuvre de l'AME

SOMMAIRE

1. SI L'ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE DE L'AME N'APPELLE PAS DE REMARQUES PARTICULIÈRES, SON SUIVI PAR LA DSS ET SON ÉVALUATION PAR LE PARLEMENT POURRAIENT ÊTRE AMÉLIORÉS.....	1
1.1. Une politique publique confiée au ministère chargé de la Santé dont le pilotage gagnerait à être resserré.....	1
1.2. En pratique, une pluralité d'acteurs assure la mise en œuvre partenariale de l'AME.....	2
1.2.1. <i>Un large spectre d'entités participe au déploiement de l'AME.....</i>	2
1.2.2. <i>Ces acteurs assurent leur coordination de manière fluide sur la base de conventions et partenariats locaux.....</i>	2
1.3. Un meilleur suivi de l'AME par le Parlement implique qu'il soit destinataire d'informations supplémentaires.....	3
1.3.1. <i>Les informations transmises par l'administration au Parlement ont été enrichies au cours de ces dernières années.....</i>	3
1.3.2. <i>Le principe de sincérité invite à fournir au Parlement davantage d'informations sur les déterminants de la trajectoire budgétaire de l'AME et sur ses coûts de gestion administrative.....</i>	4
2. LE « PARCOURS » DU BÉNÉFICIAIRE COMPREND UN VOLET SANTÉ D'UNE PART ET UN VOLET ADMINISTRATIF D'AUTRE PART	5
2.1. Les modalités de prise en charge médicale sont différenciées selon le degré d'urgence des soins	5
2.2. Les modalités de dépôt et d'instruction des dossiers puis de remise et d'utilisation des cartes d'AME sont encadrées par des règles strictes	6
2.2.1. <i>Pour bénéficier de l'AME, le demandeur doit constituer un dossier comprenant les pièces justificatives permettant de vérifier le respect de trois critères.....</i>	6
2.2.2. <i>L'instruction des dossiers est assurée par la CPAM.....</i>	8
2.2.3. <i>La procédure de remise et les modalités d'utilisation de la carte d'ouverture des droits ont été sécurisées.....</i>	10
3. DES ÉVOLUTIONS DE LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION PERMETTRAIENT DE RÉDUIRE LES RISQUES DE FRAUDE À L'AME NOTAMMENT SUR LE CRITÈRE DE RÉSIDENCE DE TROIS MOIS.....	12
3.1. Des moyens importants sont consacrés à la lutte contre la fraude au niveau national et dans le réseau des CPAM.....	12
3.2. Déjà renforcés, l'examen de l'identité et le contrôle du niveau de ressources pourraient être encore améliorés	13
3.3. La procédure d'instruction pourrait permettre de mieux contrôler le critère de résidence depuis plus de trois mois	13
3.3.1. <i>Les attestations sur l'honneur d'hébergement pourraient faire l'objet d'un contrôle renforcé.....</i>	13
3.3.2. <i>La détection des situations de « multi-hébergement » devrait être systématique pour l'ensemble des dossiers instruits.....</i>	14
3.3.3. <i>Les agents chargés de l'instruction sont en asymétrie d'information quant au parcours géographique du demandeur, ce qui réduit leur capacité à vérifier la condition de résidence de plus de trois mois.....</i>	14

4. LA COMPLEXITÉ DES MODALITÉS DE FACTURATION DES SOINS URGENTS ET DES SOINS PRODIGUÉS AU TITRE DE L'AME GÉNÈRE DES COÛTS DE GESTION ÉLEVÉS ET DES CRÉANCES IRRÉCOUVRABLES POUR LES HÔPITAUX	17
4.1. Le traitement administratif des dossiers d'AME implique des coûts de gestion administrative élevés	17
4.2. Les modalités de facturation des soins conduisent les hôpitaux à inscrire une partie des dépenses associés à des soins prodigués à des bénéficiaires potentiels de l'AME en créances irrécouvrables	19
4.2.1. <i>La procédure de facturation des soins au titre de l'AME est régie par trois principales règles.....</i>	<i>19</i>
4.2.2. <i>Ces délais ne permettent pas aux hôpitaux d'imputer la totalité des dépenses à destination des étrangers en situation irrégulière au titre de l'AME ou du dispositif des soins urgents et vitaux.....</i>	<i>20</i>
4.2.3. <i>Dans certains cas, le manque d'informations sur les patients ne permet pas d'émettre une facture pour les soins prodigués.....</i>	<i>21</i>
4.2.4. <i>Cette situation est de nature à porter atteinte au principe de sincérité budgétaire en sous-estimant les dépenses associées à des patients, étrangers en situation irrégulière</i>	<i>22</i>
5. L'ACCÈS AUX SOINS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME DOIT DÉSORMAIS ÊTRE RENFORCÉ EN MÉDECINE DE VILLE.....	24
5.1. Les acteurs de terrain en charge du déploiement de l'AME veillent à limiter le non-recours	24
5.2. Le renforcement de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière suppose de limiter la prévalence du refus de soins en médecine de ville	24
6. DÉJÀ AMÉLIORÉES AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, LA CÉLÉRITÉ ET LA QUALITÉ DE L'INSTRUCTION VONT BÉNÉFICIER DE LA MISE EN PLACE DU « PÔLE NATIONAL AME » DÈS LA FIN 2019.....	26
6.1. Les modalités d'instruction ont favorablement évolué au cours des dernières années	26
6.2. La centralisation de l'instruction des dossiers autour d'un « pôle national » devrait emporter des effets positifs	28

1. Si l'organisation de la gouvernance de l'AME n'appelle pas de remarques particulières, son suivi par la DSS et son évaluation par le Parlement pourraient être améliorés

1.1. Une politique publique confiée au ministère chargé de la Santé dont le pilotage gagnerait à être resserré

Le pilotage de l'AME est assuré par le ministère chargé de la Santé, ce ministère a délégué sa gestion du dispositif à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). La convention « Aide médicale de l'État » du 17 octobre 2000 liant les deux parties précise les principes régissant cette gestion (modalités de déploiement, de suivi et de contrôle de l'AME).

Le pilotage de l'AME par la direction de la sécurité sociale (DSS) se matérialise par trois principaux modes d'action :

- ◆ **l'explication de la trajectoire budgétaire et sa prévision.** Ainsi, en cas de dérapage, la DSS en précise les déterminants sous-jacents (augmentation du nombre de bénéficiaires, arrivée sur le marché de nouvelles molécules...) ;
- ◆ **le suivi d'indicateurs de gestion trimestrielle** à l'échelle nationale et à l'échelle des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Ces indicateurs sont de deux natures : les délais d'instruction et de traitement des dossiers par les CPAM et le pourcentage de dossiers faisant l'objet d'un contrôle *a posteriori* ;
- ◆ **la tenue d'un comité de pilotage semestriel qu'elle préside** regroupant l'ATIH, la CNAM et la DSS. Les ordres du jour de ce comité portent sur le suivi statistique de l'AME (dépenses, bénéficiaires, consommant, délais de traitement, refus) ainsi que sur divers points techniques comme la centralisation de l'instruction dans trois CPAM (Paris, Bobigny, Marseille) ou l'accès de ces CPAM aux bases de données des visas – *Visabio* – du ministère de l'Intérieur¹.

Indépendamment de ce suivi quotidien, les services de la DSS produisent en lien avec la CNAM des études *ad hoc* sur l'AME. Par exemple, en 2015, la DSS a produit sur la base d'un échantillon de dossiers médicaux, une analyse portant sur l'arrivée en France d'une population d'origine géorgienne atteinte de tuberculose multi-résistante dans le but de bénéficier du système de soins.

Proposition n° 1 (cf. proposition n° 10 du tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise de recourir davantage à des études *ad hoc* sur l'AME. La DSS pourrait systématiser la conduite d'études sur échantillons de dossiers médicaux et administratifs à raison d'une fois par an, en ciblant en priorité les champs (domaines d'activité, géographies, populations) pour lesquels existent des présomptions de fraude ou d'abus.

La DSS pourrait s'appuyer sur le Fonds CMUc qui a démontré sa capacité à faire s'agissant des études et analyses de la CMUc.

La mission préconise aussi d'enrichir les indicateurs de suivi de la gestion (cf. 1.3.2) en construisant un tableau de bord.

¹ Comité de pilotage du 24 juillet 2019.

1.2. En pratique, une pluralité d'acteurs assure la mise en œuvre partenariale de l'AME

1.2.1. Un large spectre d'entités participe au déploiement de l'AME

Les étapes successives du parcours administratif et de santé des bénéficiaires de l'AME impliquent un large spectre d'acteurs administratifs, médicaux et associatifs :

- ◆ la définition des règles pratiques de l'instruction et de contrôle de l'AME relève de la CNAM tandis que les CPAM du réseau accueillent les intéressés dans des accueils en tout ou partie dédiés, instruisent et statuent sur les demandes;
- ◆ le dossier de demande d'AME peut être déposé auprès de diverses entités. Aux termes de l'article L252-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, il s'agit de : tout organisme d'assurance maladie, centre communal d'action sociale, service sanitaire et social du département de résidence ou association agréés. Les assistants sociaux des hôpitaux et des permanences d'accès aux soins (cf. ci-après) accompagnent les demandeurs dans la constitution du dossier. En outre, les centres communaux d'action sociale et les associations agréés peuvent produire des attestations de domiciliation qui sont versées aux dossiers ;
- ◆ les soins sont prodigués aux bénéficiaires par les structures médicales de droit commun c'est-à-dire les hôpitaux en soins urgents comme en ambulatoire et la médecine de ville.

Concomitamment, le réseau des permanences d'accès aux soins (PASS) offre aux étrangers en situation irrégulière en situation irrégulière ne bénéficiant pas encore de l'AME la possibilité d'être soignés. Constituant un réseau de 483 structures maillant le territoire national, les PASS accueillent des patients en situation de précarité et ayant besoin de soins² parmi lesquelles figurent des personnes éligibles à l'AME. Ces patients sont en attente d'ouverture de droits ou de renouvellement de l'AME ; ils représentent, avec les demandeurs d'asile, la moitié de la file active des patients des PASS.

1.2.2. Ces acteurs assurent leur coordination de manière fluide sur la base de conventions et partenariats locaux

En premier lieu, des conventions sont basées au niveau territorial entre les caisses primaires d'une part et hôpitaux d'autre part. Ces conventions prévoient des modules de formation sur les pièces justificatives à verser aux dossiers et sur les évolutions réglementaires relatives aux dispositifs concernant les étrangers en situation irrégulière. Ces conventions peuvent aussi inclure des éléments sur les modalités de transferts des dossiers de demande des hôpitaux vers les CPAM. Ainsi aux Hospices civils de Lyon, un dispositif permet d'adresser les dossiers les plus urgents à la CPAM du Rhône qui s'engage à répondre dans un délai inférieur à dix jours. De même, le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis a signé une convention avec la CPAM de Bobigny comprenant des engagements réciproques de services incluant notamment :

- la possibilité de flécher les dossiers exigeant une réponse dans un délai inférieur à 30 jours ;
- ◆ la mise en place d'un tableau de suivi mis à jour sur une fréquence hebdomadaire permettant de consulter les décisions de refus ou le statut des dossiers incomplets.

² Aux termes de la circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

En second lieu, les CPAM ont développé des partenariats avec l'ensemble des acteurs en contact avec les étrangers en situation irrégulière. À Saint-Denis, une fois par an, les associations et les CCAS bénéficient de formations et de séminaires dispensés au sein de la CPAM de Bobigny. Également, la CPAM de Paris a développé un réseau actif de 35 partenaires – mairies, permanences sociales d'accueil, espaces parisiens de réinsertion, associations – qui sont autant de points d'accueil dans lesquels les demandeurs peuvent déposer un dossier AME et être accompagnés dans cette démarche. La CPAM de Marseille organise des rendez-vous dédiés périodiques permettant aux structures agréées de déposer leurs dossiers.

1.3. Un meilleur suivi de l'AME par le Parlement implique qu'il soit destinataire d'informations supplémentaires

1.3.1. Les informations transmises par l'administration au Parlement ont été enrichies au cours de ces dernières années

La France se distingue des autres pays européens en consacrant dans le budget de l'État un programme retraçant les dépenses de santé destinées aux étrangers en situation irrégulière. Le programme 183 « Protection maladie »³ précise les crédits destinés au financement de l'aide médicale d'État (AME) et de ses déclinaisons (AME de droit commun, AME soins urgents, autres AME) ainsi que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)). L'analyse comparative conduite par la mission (cf. annexe II) montre qu'aucun des pays européens étudiés ne consacre un programme budgétaire distinct aux soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Ces dépenses sont généralement fondues dans d'autres postes en incluant les soins consacrés aux demandeurs d'asile ou aux populations vulnérables ou en situation de précarité.

Cette exception française peut être considérée comme positive : la transparence et la sincérité sur les dépenses publiques consacrées aux étrangers en situation irrégulière en facilite le contrôle et l'évaluation par le Parlement. De fait, **la qualité des indicateurs du programme 183 a favorablement évolué ces dernières années.** Le programme présente deux indicateurs :

- ◆ le délai moyen d'instruction des dossiers : ce délai s'ouvre à partir de la réception du dossier complet à la CPAM de proximité et court jusqu'à la date de notification par courrier de la décision d'attribution ou de refus ;
- ◆ le pourcentage de dossiers d'AME attribués et renouvelés ayant fait l'objet d'un contrôle aléatoire approfondi⁴. Fixé à 10 %, ce pourcentage sera porté à 12% en 2020. Initialement cet indicateur était restrictif puisqu'il ne portait que sur les contrôles réalisés sur les dossiers présentant des montants déclaratifs de zéro euro au titre des ressources disponibles. Depuis 2016, le champ couvert par l'indicateur a été élargi à l'ensemble des dossiers en y incluant également ceux qui déclarent des ressources supérieures à zéro euro.

³ 890 M€ en CP ouverts en LFI 2018.

⁴ Contrôle portant sur la justification de l'identité, des ressources déclarées, de la stabilité et de la régularité de la résidence.

1.3.2. Le principe de sincérité invite à fournir au Parlement davantage d'informations sur les déterminants de la trajectoire budgétaire de l'AME et sur ses coûts de gestion administrative

Le Parlement pourrait mieux assurer l'évaluation des dépenses liées à l'AME à condition qu'il dispose de trois nouvelles informations :

- ◆ il n'existe pas d'indicateurs consolidés retraçant les **coûts de gestion administrative** du dispositif d'AME ; or, comme le souligne les éléments présentés ci-après, ces coûts sont susceptibles d'être élevés ;
- ◆ ainsi que souligné par la Cour des comptes⁵, les **hypothèses de calcul de la trajectoire budgétaire** sont peu documentées ; des éléments relatifs au mode de calcul de l'évolution du nombre de bénéficiaires ainsi qu'au coût moyen des dépenses par bénéficiaire pourraient être présentés au Parlement ;
- ◆ la mission partage le constat des précédents rapports⁶ sur le fait qu'une meilleure **connaissance du nombre d'étrangers en situation irrégulière**, qui constituent autant de bénéficiaires potentiels, est nécessaire. Elle permettrait de mieux anticiper l'évolution de la dépense à moyen terme.

Proposition n° 2 (cf. proposition n° 10 du tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise que les informations transmises au Parlement soient enrichies par des données portant sur les coûts de gestion d'une part et par les hypothèses sous-jacentes au calcul de la trajectoire budgétaire de l'AME d'autre part.

⁵ La Cour des comptes juge les hypothèses de calcul de la trajectoire budgétaire de l'AME « très limitées et ne permettant pas d'apprécier la sincérité de cette dernière » (Note d'analyse de l'exécution budgétaire (2018)).

⁶ La gestion de l'aide médicale d'État : mission d'audit de modernisation (Inspection générale des finances – Inspection générale des affaires sociales, 2007).

2. Le « parcours » du bénéficiaire comprend un volet santé d'une part et un volet administratif d'autre part

La mission a retracé le parcours d'un étranger en situation irrégulière ayant besoins de soins. Ce parcours s'articule autour de deux volets :

- ◆ le volet « santé » inclut la prise en charge à l'hôpital en urgence ou non puis, le cas échéant, son suivi, en consultation ou en soins programmés ;
- ◆ le volet « administratif » comprend la constitution du dossier, son dépôt auprès de la CPAM, son instruction et en cas d'ouverture ou du renouvellement du droit à l'AME, la remise de la carte au bénéficiaire.

2.1. Les modalités de prise en charge médicale sont différenciées selon le degré d'urgence des soins

2.1.1. Lorsqu'un étranger en situation irrégulière ne disposant pas de l'AME se présente à l'hôpital

Deux situations doivent être distinguées.

Si son état de santé présente une situation d'urgence, le patient est immédiatement pris en charge par le personnel médical. Par la suite, les services administratifs l'aident à constituer le dossier d'autorisation de demande d'AME. Si la CPAM statue positivement sur l'ouverture des droits, l'hôpital enregistre au titre de l'AME les dépenses associées à ces soins. Si la CPAM refuse l'ouverture des droits, l'hôpital peut enregistrer les dépenses associées à ces soins au titre du dispositif des « soins urgents et vitaux ».

Si son état de santé ne présente pas de situation d'urgence, une consultation et des soins peuvent être programmés ultérieurement. Concomitamment, les services administratifs aident le patient à constituer le dossier de demande de l'AME et l'envoie aux services de la CPAM. En principe, tant que les services de la CPAM n'ont pas ouvert le droit à l'AME, la consultation et les soins programmés ne peuvent être réalisés. L'application de ce principe est garantie par le fait que l'ouverture d'un dossier médical nécessite celle du dossier administratif qui doit inclure l'accès à l'AME⁷. La mission note que ce principe comprend des exceptions : lorsqu'un avis médical en justifie la nécessité, les soins programmés peuvent être dispensés y compris lorsque le patient ne bénéficie pas encore de l'AME.

2.1.2. Lorsqu'un étranger en situation irrégulière disposant de l'AME se présente à l'hôpital

Sur présentation de sa carte de bénéficiaire, il a accès, de manière inconditionnelle et gratuite, aux urgences, à des soins programmés ainsi qu'à une consultation à condition que ces soins soient inclus dans le périmètre couvert par le dispositif.

⁷ Au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), le système informatique *Orbis* ne conditionne pas l'ouverture du dossier médical à celle du dossier administratif. Cette situation conduit les secrétariats des médecins à échanger avec le bureau des admissions en amont des consultations pour vérifier que le dossier administratif a été complété, le cas échéant, de l'ouverture des droits à l'aide médicale d'État.

2.2. Les modalités de dépôt et d'instruction des dossiers puis de remise et d'utilisation des cartes d'AME sont encadrées par des règles strictes

2.2.1. Pour bénéficier de l'AME, le demandeur doit constituer un dossier comprenant les pièces justificatives permettant de vérifier le respect de trois critères

Trois critères doivent être remplis pour bénéficier de l'AME. Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État, l'arrêté du 10 juillet 2009 relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'État et la circulaire du 27 septembre 2005 précisent le cadre juridique applicable. Ces critères sont :

- ◆ l'identité du bénéficiaire ;
- ◆ la durée de résidence en France depuis plus de trois mois continus ;
- ◆ les ressources inférieures à un plafond, qui est également celui de la CMU-C (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Plafond de ressources applicable à l'AME au 1^{er} avril 2019⁸

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1	8 951 €	9 962 €
2	13 426 €	14 944 €
3	16 112 €	17 932 €
4	18 797 €	20 921 €
Au-delà de 4	+ 3 580 € par personne supplémentaire	+ 3 985 € par personne supplémentaire

Source : Mission.

En pratique, la vérification de ces critères se fait sur la base de la transmission « papier » des pièces justificatives. La mission a retracé de manière non-exhaustive les pièces admises à l'appui de la vérification des critères susmentionnés ; cette liste a vocation à présenter le spectre des pièces admises pour la conduite de l'instruction (cf. tableau 2).

⁸ L'ensemble des ressources de chaque membre du foyer perçues en France ou à l'étranger, imposables ou non doit être déclaré (salaires, revenus non salariaux, allocations, pensions reçues, autres ressources).

Annexe IV

Tableau 2 : Pièces justificatives à produire pour l'ouverture de droits AME

Identité du demandeur et des personnes à charge	Durée de résidence en France	Ressources
<u>En première intention</u>, présentation du passeport (accompagné de l'ensemble des pages permettant de vérifier les dates d'entrée et de sortie du territoire).	Ces éléments peuvent être au choix ▪ contrat de location datant depuis plus de trois mois ; ▪ quittance de loyer, de gaz, d'électricité ou de téléphonie fixe datant de plus de 3 mois ; ▪ attestation de domiciliation remplie par un organisme agréé depuis plus de trois mois (CCAS, hôpitaux) ; ▪ avis d'imposition ; ▪ attestation sur l'honneur d'un tiers déclarant héberger le bénéficiaire accompagné d'une quittance de loyer, d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe.	Tout document de l'administration fiscale prouvant que les revenus de la personne sont inférieurs au plafond.
<u>En seconde intention</u>, en l'absence de passeport, présentation d'une attestation de perte accompagnée au choix de : ▪ d'une carte nationale d'identité ; ▪ d'un titre de séjour antérieurement détenu (récépissés de demande d'asile) ; ▪ d'un extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit si nécessaire. Tout autre document de nature à prouver l'identité¹⁰ : par exemple permis de conduire, carte professionnelle, carte d'étudiants, attestation d'identité délivrée par un professionnel de santé.	Tout autre document de nature à prouver la résidence⁹ : par exemple, attestation de médecins précisant la période de suivi du patient, certificats de scolarité des enfants, notification de refus de demande d'asile datant de plus de trois mois, procès-verbal, etc.	Une déclaration sur l'honneur précisant les ressources de la personne.

Source : Mission.

⁹ Ces documents ne sont pas listés dans les textes réglementaires et les instructions. La mission note que les documents acceptés au titre de cet item sont susceptibles d'avoir évolué dans le temps ; un renforcement du contrôle par les CPAM en a conduit à ne plus admettre les preuves de résidence sur le territoire *via* des billets de train ou « Pass navigo ». Aussi, en fonction des instructions de service, les agents des CPAM apprécient le respect du critère de résidence selon un faisceau d'indices produit à partir de pièces justificatives.

¹⁰ Ces documents ne sont pas listés dans les textes réglementaires et les instructions.

In fine, le dossier comprend :

- ◆ le CERFA n°50741 rempli et signé permettant de formuler la demande d'AME ;
- ◆ les pièces justificatives permettant de vérifier le respect de chacun des trois critères ;
- ◆ l'adresse du bénéficiaire accompagnée d'une preuve de domiciliation. La connaissance de l'adresse du bénéficiaire permet à la CPAM d'envoyer la décision prise sur la demande. Cette exigence de domiciliation ne doit pas être considérée pas un quatrième critère d'attribution de l'AME.

Les demandeurs peuvent transmettre leurs dossiers de demande (i) en le déposant au guichet des CPAM suite ou non à un entretien à l'accueil, (ii) par envoi par courrier à la CPAM, ou (iii) par l'intermédiaire d'une structure agréée. Les dossiers sont principalement envoyés par courrier (63 %) et, de manière plus résiduelle, déposés à l'accueil des CPAM (20 %, cf. l'envoi des dossiers par la poste ou leur simple dépôt à la cpam sans entretien à l'accueil ne facilitent pas leur instruction (absence de vérification immédiate de leur complétude et de contact avec le demandeur ou à tout le moins avec un partenaire agréé qui l'a rencontré pour examiner les pièces du dossier).

proposition n° 3 (cf. proposition n° 1 du tableau de synthèse des propositions) : la mission préconise d'expérimenter dans deux départements le dépôt de la demande d'ame exclusivement par le bénéficiaire ou par un partenaire agréé par la cpam.

tableau 3). À noter qu'il existe une forte hétérogénéité selon les territoires : par exemple, 90 % des dossiers sont acheminés par courrier à la CPAM 93 contre 40 % à la CPAM 69.

L'envoi des dossiers par la poste ou leur simple dépôt à la CPAM sans entretien à l'accueil ne facilitent pas leur instruction (absence de vérification immédiate de leur complétude et de contact avec le demandeur ou à tout le moins avec un partenaire agréé qui l'a rencontré pour examiner les pièces du dossier).

Proposition n° 3 (cf. proposition n° 1 du tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise d'expérimenter dans deux départements le dépôt de la demande d'AME exclusivement par le bénéficiaire ou par un partenaire agréé par la CPAM.

Tableau 3 : Répartition des modalités de dépôt des dossiers de demande d'ouverture de droits AME au deuxième trimestre 2019

Modalité de dépôt	Part des dossiers
Accueil des CPAM	20 %
Courrier	63 %
Centre communal d'action sociale	3 %
Associations	6 %
Hôpitaux	8 %

Source : CNAM.

2.2.2. L'instruction des dossiers est assurée par la CPAM

En pratique, l'instruction des dossiers par la CPAM est numérique. L'ensemble des pièces des dossiers reçus est numérisé par un service dédié de la CPAM puis transmis au service de contrôle.

Le temps consacré par les agents au contrôle d'un dossier est variable. En moyenne de 20 à 25 minutes selon les CPAM, il peut prendre jusqu'à 1h30 pour les dossiers les plus complexes. La procédure d'instruction comprend trois principales étapes :

- ◆ la vérification d'une éventuelle affiliation du demandeur à un régime d'assurance maladie ;
- ◆ la vérification d'une éventuelle affiliation antérieure à l'AME ;
- ◆ la vérification de la présence et de la validité des pièces justificatives présentées à l'appui de la demande.

Le renouvellement de droits concerne 55 % des dossiers en 2018. L'instruction des dossiers de renouvellement est allégée : il n'y a pas de contrôle sur l'état civil le bénéficiaire existant dans les bases de données des CPAM.

Les dossiers font l'objet d'un taux de refus quasi-stable à près de 10 % des dossiers. En 2016, ce taux était de 8 %, il a légèrement cru à hauteur de 9,6 % en 2017 et s'est stabilisé à 9,4 % en 2018 et à 9,7 % en moyenne sur les deux premiers trimestres de 2019. Les motifs de refus concernent principalement le critère de résidence (50 % des refus) et, de manière plus résiduelle, celui de la condition de ressources (20 %) et de l'identité non justifiée (13 %, cf. tableau 4). Le cas particulier des ressortissants européens inactifs est traité dans l'encadré 1.

Tableau 4 : Répartition des motifs de refus des demandes d'ouverture de droits AME au deuxième trimestre 2019¹¹

Motifs de refus	Part des refus
Identité non justifiée	13 %
Condition de résidence	50 %
Condition de ressources	16 %
Autre	20 %

Source : CNAM.

¹¹ Avec de fortes différences entre les CPAM : 71% de refus reposant sur la condition de ressources, 29% sur la condition de résidence et 0% sur la justification de l'identité pour la CPAM de Paris.

Encadré 1 : Le cas particulier des ressortissants européens inactifs

Le séjour des ressortissants européens inactifs, soit les ressortissants de l'UE/EEE/Suisse résidant habituellement en France sans y exercer d'activité professionnelle, doivent au-delà de trois mois, selon la directive communautaire n°2004/38/CE du 29 avril 2004 (article L.121-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers) disposer pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille les accompagnant de ressources financières suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, ainsi que d'une assurance maladie. Ce qui conduit à vérifier la stabilité du séjour (résidence ininterrompue depuis plus de 3 mois) et sa régularité (ressources suffisantes et couverture d'assurance maladie - existence et complétude des prestations assurées).

Toutes leurs demandes d'ouverture de droits à l'assurance maladie sont instruites par le centre des ressortissants européens inactifs « CMU-istes » (CREIC) géré par la CPAM du Gard. Sur la base d'un dossier envoyé par la CPAM du lieu de résidence de l'intéressé, le CREIC détermine de quel dispositif de couverture maladie relèvera l'intéressé (régimes d'autre États, PUMA, autres régimes français, AME ou soins urgents). La majorité des ressortissants européens inactifs arrivent en effet sur notre territoire sans assurance maladie préalable, publique ou privée. Pour rechercher s'ils ont ou peuvent s'ouvrir des droits en premier lieu de leur État d'origine, le CREIC prend contact avec les organismes de sécurité sociale des autres États européens dont les réponses sont plus ou moins efficaces et rapides.

Les dossiers doivent être instruits par le CREIC dans un délai de 30 jours à compter de la réception d'un dossier complet. L'absence de complétude du dossier, et les échanges supplémentaires qu'elle implique avec le demandeur, ralentit l'ouverture de son instruction et explique dans beaucoup de cas les délais d'attente de réponse.

Sur les huit premiers mois de 2019, 14 371 demandes d'ouverture de droits de ressortissants européens inactifs ont été instruites (soit près de 20% du total des primo-demandes). Suite aux demandes de pièces justificatives relatives à la condition de résidence ou aux ressources suffisantes, 27.5 % des demandeurs n'ont pas donné suite et aucun droit ne leur a donc été attribué par le centre. Parmi les 10 419 demandes ayant donné lieu à décision, 65 % des demandeurs avaient des droits ouverts auprès d'un régime de sécurité sociale d'un autre État, 15% auprès des nôtres, 20% remplissaient les conditions pour bénéficier de l'AME et seulement 48 demandeurs étaient susceptibles de relever du dispositif de Soins urgents. Si l'on extrapole ces données sur toute l'année, ce sont donc de l'ordre de 3 000 ressortissants européens inactifs qui auront pu intégrer l'AME soit 2,7% du flux d'entrée dans ce dispositif (estimé provisoirement à 110 000).

Le délai moyen de traitement des dossiers complets a été de 11.4 jours en 2019 jusqu'au 31 août et à cette date le stock de dossiers à instruire était de 791. Le CREIC est également sollicité pour des opérations de contrôle liées au renouvellement annuel des droits (239 demandes de renouvellement lui ont été transmises au 1er semestre, 193 décisions ont été rendues et 46 sont en cours d'instruction).

2.2.3. La procédure de remise et les modalités d'utilisation de la carte d'ouverture des droits ont été sécurisées

L'ouverture de droits à l'AME donne lieu à la production d'une carte spécifique et à sa remise au bénéficiaire. Aux termes de l'arrêté du 10 juillet 2009 relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'État, le document attestant de l'ouverture de droits à l'AME prend la forme d'une carte imprimée sur un papier sécurisé contenu dans une pochette scellée sous plastique. Elle remplace l'attestation papier qui pouvait être dupliquée et reproduite et dont l'utilisation potentiellement frauduleuse avait été mise en exergue¹². L'utilisation de cette carte est davantage sécurisée compte tenu de l'exhaustivité des informations individuelles qui y sont renseignées (photographie, nom, date de naissance, adresse, période d'ouverture de droits, organisme d'assurance maladie délivrant, code d'admission).

¹² La gestion de l'aide médicale d'État : mission d'audit de modernisation (IGF-IGAS, 2007).

Annexe IV

La procédure de remise de la carte est également sécurisée. Seul le bénéficiaire disposant d'une pièce justifiant son identité peut retirer cette carte auprès du guichet d'accueil de la CPAM. Selon les territoires, il existe plusieurs points de remise de carte ; on en compte deux dans le Rhône et quatre à Paris. La carte n'est jamais remise à un tiers de confiance ou à un membre de la famille.

3. Des évolutions de la procédure d'instruction permettraient de réduire les risques de fraude à l'AME notamment sur le critère de résidence de trois mois

3.1. Des moyens importants sont consacrés à la lutte contre la fraude au niveau national et dans le réseau des CPAM

Les moyens dédiés spécifiquement à la lutte contre la fraude à l'AME ne sont pas distincts de ceux affectés aux fraudes aux autres dispositifs de l'assurance maladie (PUMa, CMUc/ACS). Quarante agents au niveau national et, 1600 ETP dans le réseau des CPAM, sont mobilisés, non compris les agents du contrôle médical (qui ne sont pas compétents en matière d'AME).

Le dispositif national s'articule autour d'un pôle métier qui détecte les signes d'alertes et les atypies, assure la procédure d'investigation et le contentieux et d'un pôle de coordination et d'animation du réseau sur les enjeux de lutte contre la fraude. Chaque CPAM est dotée d'une unité spécialisée dans la lutte contre la fraude, mais cette activité mobilise au quotidien nombre d'agents des autres services (pour l'AME des agents d'accueil et les agents chargés de l'instruction des dossiers).

La lutte contre la fraude repose sur des programmes nationaux (22 dont 2 sur l'obtention des droits en 2018) et, s'agissant de l'obtention des droits, sur une procédure de signalement à l'occasion de l'accueil des demandeurs et de la procédure d'instruction des demandes. Les modalités de détection des fraudes s'enrichissent aussi du recours au « datamining ».

Les programmes nationaux, mis en place selon une fréquence annuelle, reposent sur une analyse des risques potentiels identifiés. Ainsi, Les programmes relatifs à l'obtention des droits ont mis l'accent ces dernières années sur la fraude au critère du revenu ; pour ce faire, les agents disposent notamment d'un accès à la base de données bancaire pour les comptes domiciliés en France (FICOBA).

Au quotidien, dans l'exercice de leur fonction, les agents d'accueil et d'instruction travaillant sur l'AME ont été sensibilisés au risque de fraude et peuvent, en conséquence, signaler au service de lutte contre la fraude de leur CPAM les dossiers soulevant des suspicions¹³. Lors des visites de la mission dans les CPAM, plusieurs agents ont ainsi fait état de signalements dans la dernière semaine.

La lutte contre la fraude à l'AME a ainsi permis de détecter et de stopper de dépenses indues suite aux contrôles en matière de gestion des droits (attribution, renouvellement). Au cours des quatre dernières années ces montants ont atteint 3,8 M€ (cf. tableau 5). En 2018, les préjudices concernant l'AME ont représenté 5% des 11 millions de préjudices détectés et stoppés en matière de gestion des droits.

La mission note que l'absence d'indicateur dédié à la lutte contre la fraude à l'AME, ne permet pas d'évaluer l'efficacité des moyens mis en œuvre s'agissant de ce dispositif.

Tableau 5 : Dépenses indues détectées et stoppées au titre de la lutte contre la fraude à l'AME

Année	2015	2016	2017	2018
Montant recouvré (en M€)	1,3	1,5	0,5	0,5

Source : CNAM.

¹³ Par exemple, des dossiers qui présentent (i) des attestations de pertes de passeports pour lesquelles il existe des incohérences ou (ii) des charges locatives très supérieures aux ressources déclarées.

3.2. Déjà renforcés, l'examen de l'identité et le contrôle du niveau de ressources pourraient être encore améliorés

Lorsque les dossiers sont déposés aux guichets d'accueil des CPAM, l'identité des demandeurs fait l'objet d'un examen attentif. Les agents d'accueil bénéficient selon les CPAM d'une formation sur la détection de faux papiers d'identité en particulier de faux passeport. En cas de soupçons sur l'identité d'un demandeur, ils activent une procédure de signalement en transmettant une fiche au service d'instruction de la caisse. Le guichet d'accueil joue ainsi un rôle de premier filtre. Pour autant, lorsque le dossier a été transmis par courrier (presque deux tiers des dossiers transmis), la pièce d'identité ne pas fait l'objet d'un contrôle direct, seule une photocopie du document d'identité y figurant.

S'agissant du respect de la condition de ressources, lorsque le demandeur indique attester sur l'honneur qu'il dispose de ressources égales à zéro euro, l'instruction du dossier doit comprendre un entretien d'un agent de la caisse avec ce dernier pour préciser ses conditions de vie et les moyens dont il dispose réellement. La mission note que si les ressources déclarées sont supérieures à zéro, mais égales à un ou deux euros par exemple, il n'y a pas d'entretien.

Proposition n° 4 (cf. propositions n° 2 et n° 4 du tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise de renforcer l'examen de l'identité et le contrôle des ressources comme suit :

- ◆ la détection de possibles faux-papiers devrait être systématique à l'occasion de la remise de la carte. Les agents d'accueil qui sont chargés de cette remise devraient être, en tant que de besoin, davantage formés à ce type de détection, et, en cas de soupçon, pourraient suspendre la remise et saisir le service d'instruction;
- ◆ l'entretien mené avec le demandeur devraient intervenir lorsque ses revenus déclarés sont inférieurs à cents euros ;
- ◆ les demandes d'information sur les ressources devraient être systématisées auprès des consulats français des pays des demandeurs lorsque ceux-ci sont connus de la base de données VISABIO.

3.3. La procédure d'instruction pourrait permettre de mieux contrôler le critère de résidence depuis plus de trois mois

Le contrôle du critère de résidence depuis plus de trois mois¹⁴ sur le territoire fait apparaître des risques de fraude au moins sur quatre points.

3.3.1. Les attestations sur l'honneur d'hébergement pourraient faire l'objet d'un contrôle renforcé

La vérification de l'identité du tiers attestant sur l'honneur héberger le demandeur depuis plus de trois mois n'est pas systématique. Parmi les trois caisses du « pôle national AME », seule la CPAM 13 indique procéder systématiquement à la vérification de l'identité du tiers hébergeur ; dans les CPAM 75 et 93 la production de factures d'électricité, de gaz ou de téléphonie fixe au nom de l'hébergeur semble constituer une preuve suffisante. Pourtant, cette situation conduit à considérer comme valides des attestations sur l'honneur de tiers qui n'ont jamais été vus et dont l'identité n'a jamais été vérifiée par la caisse.

¹⁴ Ce critère est dans 50 % des cas le motif de refus des demandes d'AME.

Proposition n° 5 (cf. proposition n° 3 du tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise de sécuriser l'usage des attestations d'hébergement comme preuve de résidence en incluant la pièce d'identité de l'hébergeant comme pièce obligatoire.

3.3.2. La détection des situations de « multi-hébergement » devrait être systématique pour l'ensemble des dossiers instruits

Courant 2017, la CPAM de Paris a initié un contrôle *ex post* sur deux « multi-hébergeurs ». Ces derniers ont été poursuivis et condamnés pour avoir déclaré domicilier plusieurs dizaines de demandeurs de l'AME. Ce type de contrôle avait été mis en œuvre sur la base de signalements d'agents de l'accueil ou de l'instruction des dossiers. Pour autant, il n'existe pour l'heure aucune procédure de contrôle systématique de cette pratique frauduleuse.

La mission préconise de mettre en place un système d'alerte *ex ante* lors de l'instruction. Lorsqu'un tiers atteste déclarer héberger plus de deux demandeurs (hors leurs ayants droits), le dossier du 3^{ème} demandeur est bloqué et la poursuite de l'instruction est conditionnée à un entretien des services avec ce tiers devant expliquer les modalités d'hébergement du 3^{ème} demandeur.

La mission préconise d'ajouter ce module au logiciel d'instruction des dossiers d'AME « Portail d'aide médicale d'État » (PAME).

Proposition n° 6 (cf. proposition n° 3 du tableau de synthèse des propositions) : Renforcer le contrôle de la pratique de « multi-hébergement » en identifiant les cas de multi-hébergement dès l'instruction des dossiers et en conditionnant la poursuite de l'instruction à un entretien si le *particulier* héberge plus de deux bénéficiaires (hors ayant-droit).

3.3.3. Les agents chargés de l'instruction sont en asymétrie d'information quant au parcours géographique du demandeur, ce qui réduit leur capacité à vérifier la condition de résidence de plus de trois mois

Les entretiens de la mission avec les agents des CPAM et l'analyse de dossiers de demandes d'AME mettent en évidence un risque de fraude significatif au critère de résidence de plus de trois mois.

Dans 25 % d'un échantillon de dossiers¹⁵ analysés dans la CPAM de Bobigny, le demandeur verse à son dossier pour prouver son identité :

- ◆ (i) soit un passeport neuf de moins d'un an avant la demande et ne présentant aucun visa d'entrée sur le territoire ;
- ◆ (ii) soit un extrait d'acte de naissance.

¹⁵ Échantillon de 25 dossiers comprenant uniquement des demandes d'ouverture de droits et non de renouvellement.

Dans ces situations, en l'absence de visa d'entrée sur le territoire national, la pièce permettant de vérifier la permanence de résidence est l'attestation d'hébergement et la déclaration sur l'honneur d'un tiers. Or, selon les agents d'accueil et d'instruction rencontrés, la présentation concomitante de ces deux pièces est de nature à éveiller les possibilités d'une fraude éventuelle. En effet, un des parcours décrits est celui d'une personne qui, arrivée en France depuis moins de trois mois, déclare une perte de passeport pour que le visa d'entrée sur le territoire ne soit pas visible sur son passeport. Suite à la perte de passeport, elle demande auprès de son consulat un nouveau passeport, celui est neuf et ne présente aucun visa d'entrée. Cette personne est alors en capacité de présenter une demande d'AME alors qu'elle n'est pas là depuis plus de trois mois sur le territoire national. Au-delà du résultat de l'échantillon, cette situation se présenterait selon les agents en charge de l'instruction dans 20 à 30 % des dossiers traités¹⁶.

Proposition n° 7 (cf. proposition n° 2 du tableau de synthèse des propositions) : La mission recommande que l'ensemble des dossiers ne présentant aucun passeport ou présentant un passeport vierge fassent l'objet d'un contrôle approfondi et systématique.

Ce contrôle approfondi pourrait conduire dans un premier temps à interroger systématiquement les consulats des pays d'origine des demandeurs comme c'est le cas aujourd'hui uniquement pour les dossiers présentant un extrait d'acte de naissance dans les CPAM de Paris et de Marseille. Cette pratique apparaît efficace puisque dans 80 % des cas les consulats répondent et donnent des informations sur le parcours et les dates d'entrée et sortie dans le pays d'origine des demandeurs. La mission préconise de généraliser cette pratique aux trois CPAM centres d'instruction des demandes en l'appliquant aux dossiers :

- ◆ (i) ne présentant pas de passeports ;
- ◆ (ii) présentant uniquement des pages blanches sans visa notamment lorsque les passeports ont été renouvelés moins d'un an avant la demande.

Dans un second temps, la mission recommande de rendre accessible aux trois CPAM au début de 2020 **VISABIO**, la base de données du ministère de l'Intérieur recensant les dates d'octroi de visas, et de **systématiser la requête de cette base** pour les dossiers :

- ◆ (i) ne présentant pas de passeports
- ◆ (ii) présentant uniquement des pages blanches sans visa notamment lorsque les passeports ont été renouvelés moins d'un an avant la demande.

Des mesures peuvent aussi être prises afin d'empêcher la délivrance de visas à des personnes souhaitant profiter frauduleusement de l'AME pour se faire soigner en France.

La CNAM pourrait ainsi mettre à la disposition des consulats de France et de la police aux frontières (PAF) une liste des bénéficiaires présents et passés de l'AME. Tandis que sur le modèle de ce qui est déjà pratiqué par l'AP-HM à Marseille, il serait à disposition des mêmes interlocuteurs une liste des personnes ayant des impayés hospitaliers, liste qui serait abondée par les centres hospitaliers eux-mêmes.

Proposition n° 8 (cf. proposition n° 5 du tableau de synthèse des propositions) : Afin d'empêcher la délivrance de visas aux « touristes médicaux » ou leur entrée sur le territoire, la mission préconise de mettre à disposition des consulats de France et de la police aux frontières (PAF) : une base de données relative aux bénéficiaires présents et passés de l'AME, et une base de données relative aux créances hospitalières.

¹⁶ Ce qui est largement supérieur au taux naturel de renouvellement des passeports (10 % en moyenne).

Enfin, une part significative des cartes d'ouverture des droits à l'AME est récupérée par le bénéficiaire plus de 2 mois après la notification de la décision de la CPAM. Ainsi, à la CPAM de Marseille, sur un échantillon aléatoire de 25 cartes produites, stockées et non retirées par le bénéficiaire, 5 d'entre elles sont à disposition du bénéficiaire depuis plus de 2 mois soit 20 % de l'échantillon. Cette situation peut soulever des interrogations : en effet un bénéficiaire ayant besoin de soins et ayant formulé la demande d'ouverture d'AME est incité, pour en bénéficier, à retirer rapidement sa carte d'ouverture de droits. Cette situation soulève des soupçons quant à un éventuel départ du bénéficiaire dans son pays d'origine qui reviendrait retirer sa carte dès lors qu'il reviendrait en France pour y bénéficier de soins.

Proposition n° 9 (cf. proposition n° 1 du tableau de synthèse des propositions) : Pour limiter ces comportements abusifs, la mission préconise de sécuriser la vérification de la présence physique des demandeurs en imposant le retrait des cartes d'AME par le bénéficiaire dans un délai de deux mois, au-delà duquel les cartes seront détruites et les droits clos.

Cette disposition de nature réglementaire permettrait d'encadrer davantage l'utilisation du dispositif de l'AME.

4. La complexité des modalités de facturation des soins urgents et des soins prodigués au titre de l'AME génère des coûts de gestion élevés et des créances irrécouvrables pour les hôpitaux

4.1. Le traitement administratif des dossiers d'AME implique des coûts de gestion administrative élevés

L'ensemble des services administratifs des hôpitaux rencontrés met en évidence la complexité et le caractère chronophage du circuit administratif associé à l'AME. Comme indiqué ci-après, à chaque étape du parcours administratif des étrangers en situation irrégulière, une prise en charge dédiée est nécessaire.

Le bureau d'accueil oriente ces patients et **le bureau des admissions** constitue leur dossier administratif.

Les assistants sociaux accompagnent les patients dans la constitution des dossiers de demande d'AME. Les assistants sociaux aident les patients en (i) expliquant le dispositif, (ii) rassemblant les pièces, (iii) remplissant le dossier avec le demandeur¹⁷ et (iv) réalisant, le cas échéant, d'autres tâches telles des recherches sur l'identité des personnes ou des photos d'identité. *In fine*, les hôpitaux estiment que le temps consacré à la constitution d'un dossier est variable mais s'inscrit dans une fourchette moyenne de 4h30 à 6h30 dans les hôpitaux rencontrés. Ce temps moyen est susceptible de s'allonger selon le dossier, par exemple :

- ◆ s'il concerne des ayant droits, certaines tâches allongent rapidement la durée consacrée à ces dossiers, ainsi des photocopies de chaque page d'un passeport pour une demande d'AME concernant une personne et trois ayant droits (une famille de 4) qui peuvent prendre jusqu'à 45 mn de plus ;
- ◆ s'il manque des pièces justificatives, les « aller-retours » avec le demandeur peuvent générer au moins 2h de plus par dossier.

Les besoins en **interprétariat** sont élevés. La fonction interprétariat permet d'orienter les étrangers en situation irrégulière et régulière, ainsi que les demandeurs d'asile. Ainsi, les coûts d'interprétariat sont estimés à hauteur de 60 000 €/an au centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis dont 20 000 € sont spécifiquement consacrés aux patients bénéficiaires de l'AME. Ces coûts demeurent contenus par le fait que les personnels en contact avec les patients utilisent *Google traduction* d'une part et que les patients sont régulièrement accompagnés par des proches qui assurent les besoins de traduction d'autre part.

La procédure de facturation et le contrôle de gestion génèrent également des coûts élevés. Les règles propres à l'AME en matière de facturation induisent des tâches supplémentaires à la procédure de facturation de droit commun d'émission d'un titre pour liquidation.¹⁸

Ces coûts sont estimés à 601 000 € pour le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis (cf. tableau 6), où les dépenses d'AME et soins urgents s'élevaient à 12,4 M€ en 2018

¹⁷ Attestations sur l'honneur par lesquels les demandeurs déclarent les ressources, renseignements des informations sur le CERFA, attestations de domiciliation à l'hôpital le cas échéant...

¹⁸ Demande d'ouverture des droits d'AME, en cas de refus présentation de cette décision pour obtention de l'autorisation de l'intégration de la dépense au titre du dispositif des soins urgents et vitaux...).

Annexe IV

Tableau 6 : Estimation des coûts de gestion de l'AME par le centre hospitalier de Saint-Denis

Fonctions	Nombre de postes ¹⁹	Coût annuel chargé	Coût au prorata consacré AME
Accueil/admission urgences	3	99 000	59 400
Accueil/admission maternité	6	198 000	118 800
AAH	0,5	35 000	21 000
Contrôle de gestion	0,5	19 000	11 400
Traitement facturation	1	33 000	19 800
Sous total (a)			230 400
Fonctions	Temps de travail par dossier	Coût annuel chargé	Coût au prorata consacré AME
Assistance sociale	5 heures par dossier	45 000	351 000
Interprétariat		60 000	20 000
Sous total (b)			371 000
Total (a+b)			601 000

Source : Mission d'après les données du centre hospitalier de Saint-Denis.

La mission estime que les coûts de gestion administrative à l'hôpital représenteraient près de 5 % du montant total de dépenses réalisées au titre de l'AME et du dispositif soins urgents et vitaux. Ce calcul constitue une première estimation des coûts de gestion administrative de l'AME. Il procède d'une extrapolation à l'ensemble des hôpitaux des chiffres fournis par le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis en partant de l'hypothèse que les coûts dans les autres hôpitaux répliquent ceux de ce centre hospitalier²⁰. Cette hypothèse paraît justifiée au regard des données collectées dans les autres hôpitaux : en effet, les coûts d'assistance sociale des autres hôpitaux sont très similaires à ceux du centre hospitalier Delafontaine et ce alors que l'assistance sociale représente plus de la moitié des coûts de gestion administrative de l'AME.

Les coûts de gestion administrative de l'AME comprennent également ceux de la CNAM et des CPAM. En effet, le surcoût de gestion du dispositif AME par rapport à un assuré social à la PUMa est de l'ordre de 3%. Ces résultats basés sur la comptabilité analytique de la CNAM intègrent les coûts associés aux trois fonctions « front office », « back office » et « frais annexes » – soit 26,6 M€ de coûts de gestion²¹. (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Principaux centres de coûts de la gestion de l'AME par l'Assurance maladie

Front office	Back office	Frais annexes
Accueil physique	AME (instruction, gestion du fichier dans les bases)	Production de la carte
Accueil téléphonique	Réception des dossiers.	Envoi des courriers (accord/refus et renouvellement)
	Liquidation des prestations	
	Règlement des soins urgents par les CPAM en charge	

Source : Mission.

¹⁹ Créés depuis 2012 hors pour la fonction « assistance sociale ».

²⁰ Les systèmes d'information des hôpitaux ne permettent pas d'isoler les coûts spécifiquement associés à l'AME ce qui nécessite des retraitements.

²¹ Ils comprennent une charge de 522 ETP basé sur un coût d'ETP de 50 000 € et 285 365 bénéficiaires.

L'ensemble – CNAM et hôpitaux – des coûts de gestion associés à l'AME représenterait *in fine* 8 % des dépenses réalisés au titre de l'AME et du dispositif des soins urgents et vitaux, ce qui paraît élevé pour deux raisons. D'abord, seuls 10 % de l'ensemble des dossiers sont envoyés par les hôpitaux. Les autres sont constitués par les demandeurs eux-mêmes ou avec l'aide des autres partenaires (CCAS, associations). Les coûts suscités par l'AME dans les hôpitaux sont donc d'autant plus importants qu'ils ne concernent qu'un nombre très limité de dossiers de demandes. Ensuite, ces coûts de gestion sont à comparer à ceux d'autres dispositifs de guichet supposant la constitution de dossier avec pièces justificatives et leur instruction ultérieure. À titre d'exemple, le coût de gestion du revenu social d'activité est estimé à environ 2 %²² soit trois à quatre fois moins que celui associé au dispositif d'AME.

Proposition n° 10 (cf. proposition n° 12 dans le tableau de synthèse des propositions) : Pour diminuer les coûts associés à la constitution des dossiers, la mission préconise une simplification du circuit administratif entre les hôpitaux et les CPAM en ne conditionnant plus la facturation de soins au titre du dispositif des soins urgents et vitaux à l'obtention d'un refus de demande d'AME et en contrepartie d'un contrôle de conformité par les médecins conseils de l'assurance maladie.

En pratique, les services de l'hôpital (considérés par les CPAM comme des « tiers de confiance ») pourraient attester sur l'honneur qu'il n'existe aucun élément permettant de constituer un dossier d'AME et d'obtenir avec des chances raisonnables l'ouverture de droits en particulier l'absence de preuve sur la résidence de trois mois sur le territoire.

La mission préconise (i) d'expérimenter cette nouvelle procédure, par exemple, au centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis et à l'AP-HM, (ii) d'en évaluer au bout d'un an la mise en œuvre et (iii) d'envisager son éventuelle généralisation à l'ensemble des hôpitaux.

4.2. Les modalités de facturation des soins conduisent les hôpitaux à inscrire une partie des dépenses associés à des soins prodigués à des bénéficiaires potentiels de l'AME en créances irrécouvrables

4.2.1. La procédure de facturation des soins au titre de l'AME est régie par trois principales règles.

Ces règles sont les suivantes :

- ◆ si le patient est déjà bénéficiaire de l'AME, les soins sont facturés au titre de l'AME ;
- ◆ si le patient n'est pas bénéficiaire de l'AME : l'hôpital bénéficie d'un délai pour constituer un dossier de demande d'AME. Ce délai, fixé à huit jours, peut varier selon les structures hospitalières ; en cas d'autorisation d'ouverture des droits, la facturation a lieu au titre de l'AME. En cas de refus, la facturation passe en soins urgents et vitaux ;
- ◆ dans tous les cas, l'hôpital se voit appliquer les règles de facturation des soins de droit commun et ne peut facturer les soins que dans un délai de forclusion fixé à un an²³.

²² Rapport d'activité de la caisse nationale des allocations familiales (2018).

²³ Circulaire n° DSS/1A/DGOS/R1/2012/240 du 18 juin 2012 fixant à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie en application de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale.

4.2.2. Ces délais ne permettent pas aux hôpitaux d'imputer la totalité des dépenses à destination des étrangers en situation irrégulière au titre de l'AME ou du dispositif des soins urgents et vitaux

D'une part, le délai laissé aux hôpitaux pour déposer la demande d'AME auprès des CPAM après que le patient a été soigné en urgence apparaît, pour certains établissements, insuffisant. Fixé à huit jours²⁴, ce délai peut être étendu par convention entre l'hôpital et la CPAM, c'est le cas par exemple pour :

- ◆ le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis²⁵ où ce délai peut aller jusqu'à trois mois pour permettre le traitement de dossiers complexes,
- ◆ les Hospices civils de Lyon et l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille, ce délai est d'un mois.

Néanmoins, les Hospices civils de Lyon et l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille estiment que le délai dont ils disposent pour envoyer le dossier après dispense des soins est très insuffisant compte tenu de la complexité des dossiers²⁶. Ainsi, les Hospices civils de Lyon soulignent par exemple que 300 000 € de soins ont ainsi été comptabilisés alors qu'ils avaient fait l'objet de dossiers de demandes d'AME présentés trop tardivement après la dispense des soins.

D'autre part, le délai de forclusion d'un an au-delà duquel les soins ne peuvent faire l'objet de facturation ne semble pas adapté pour des patients éventuels bénéficiaires de l'AME dans deux situations.

D'abord, s'agissant des dossiers incomplets, les « aller-retours » entre les hôpitaux et les CPAM sont susceptibles d'allonger le délai entre lequel les soins ont été prodigués et le moment où la CPAM peut être en mesure de statuer définitivement sur un dossier qu'elle juge complet. Les dossiers incomplets représentent entre 20 % et 30 % des dossiers soumis à l'instruction. Lorsqu'ils sont complétés et renvoyés à la CPAM, ils ne font l'objet d'aucun traitement priorisé et la décision sur l'ouverture ou le refus peut intervenir dans un délai de plus d'un an en cas de plusieurs « aller-retours ». En ce sens, le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis estime à 10 % en 2018 le nombre de demandes d'AME sur lesquelles il n'y a pas eu de décision de refus ou d'autorisation des droits après un an d'échanges avec les CPAM. Au total, ce centre hospitalier estime à 200 000 € les créances correspondant à des soins pour lesquels des dossiers ont été constitués et sur lesquels aucune décision n'est intervenue, ce qui empêche toute facturation en AME ou au titre du dispositif des soins urgents et vitaux.

Ensuite, les hôpitaux peuvent ne pas connaître le statut de la décision de la CPAM sur la demande d'ouverture d'AME. Cette situation peut se présenter (i) lorsque le refus a été envoyé directement au patient (lorsque le patient n'a pas été domicilié à l'hôpital mais a inscrit sa propre adresse) qui n'a pas ensuite transmis la décision à l'hôpital ou (ii) lorsque l'hôpital indique ne jamais avoir reçu de réponses de la CPAM²⁷. Dans ce cas, le service de facturation enregistre également les soins en créances irrécouvrables.

²⁴ Circulaire DGAS/DSS/DHOS no 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État.

²⁵ Le bulletin d'information de la CPAM de Bobigny du 30/09/2018 précise que *Le cadre réglementaire définit le délai maximum accepté entre la date de signature de la demande de l'AME et la date de transmission à la CPAM. Ce délai est fixé à 8 jours. Dans le cadre de partenariats mis en place, la CPAM de la Seine-Saint-Denis tolère un délai maximum de 30 jours. Pour les hôpitaux qui parfois rencontrent des difficultés pour récupérer les éléments nécessaires à la constitution de la demande, le délai est exceptionnellement de 3 mois.*

²⁶ Par exemple, lorsque le patient arrive sans pièce d'identité, adresse ou preuve d'une quelconque résidence sur le territoire français et lorsque son état de santé ne lui permet pas d'expliquer sa situation administrative.

²⁷ Même si le silence de la CPAM vaut rejet implicite comme indiqué par une instruction de la CNAM de juin 2018, ce principe ne permet pas aux hôpitaux d'être remboursés des soins au titre des soins urgents et vitaux puisque ce remboursement ne peut intervenir qu'en cas de présentation du document de refus d'AME et non d'un refus implicite par silence.

Annexe IV

La mission estime, en première analyse, que ces règles de facturation conduisent les quatre établissements rencontrés à inscrire en créances irrécouvrables près de 10 500 000 € de dépenses correspondant à des soins octroyés à des étrangers en situation irrégulière, soit 6,5 % de leurs dépenses cumulées de l'AME et des soins urgents. L'AP-HP représente la très grande majorité de cette somme (probablement près de 10 M€, cf. tableau 8).

On peut extrapoler à la France entière en faisant deux hypothèses concurrentes :

- ◆ **hypothèse n°1** : le pourcentage de créances irrécouvrables dans les autres hôpitaux de France est égal au pourcentage moyen calculé pour les trois hôpitaux où la donnée est disponible, soit 7,3 %. Dans cette hypothèse, le coût estimé pour la France entière est de 36 M€ ;
- ◆ **hypothèse n°2** : le pourcentage de créances irrécouvrables est égal au pourcentage moyen calculé dans les deux hôpitaux où la donnée est disponible et semble représentative (i.e. hors AP-HP, considérée comme très atypique), soit 2,3 %. Dans cette hypothèse, le coût estimé pour la France entière est de 19 M€.

Tableau 8 : Estimation des dépenses correspondant à des soins aux étrangers en situation irrégulière et inscrites en créances irrécouvrables

Hôpitaux	Délai maximal pour déposer la demande après dispense des soins	Dépenses inscrites en créances irrécouvrables	Dépenses totales AME + soins urgents
Hospices civils de Lyon	1 mois	300 000 €	9 343 000 €
Centre hospitalier Delafontaine de Saint Denis	3 mois	200 000 €	12 400 000 €
Assistance publique – Hôpitaux de Marseille	1 mois	N.D.	16 400 000 €
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	1 mois.	près de 10 M€ ²⁸	122 713 000 €
Total	-	10 500 000 €	160 856 000 €

Source : Mission.

4.2.3. Dans certains cas, le manque d'informations sur les patients ne permet pas d'émettre une facture pour les soins prodigués

L'absence d'informations suffisantes comme l'identité du patient ou l'adresse du patient empêche l'émission de facture par l'hôpital. Dans ce cas, les soins ne font alors l'objet d'aucune liquidation possible et, ce alors, qu'ils ont eu lieu. Les hôpitaux rencontrés ont procédé à des estimations des dépenses correspondant à des soins n'ayant jamais fait l'objet d'émission de facture :

- ◆ en 2018, les Hospices civils de Lyon recensent une centaine d'actes qui représenteraient près de 50 000 € par an ; dans la moitié des cas, il s'agirait de personnes étrangères dont l'identité était inconnue par les services ou insuffisamment documentées pour réaliser l'émission d'une facture ;
- ◆ en 2018, l'AP-HP estime à 28,7 M€ de titres non facturés dont au moins la moitié serait des étrangers en situation irrégulière ;

²⁸ Estimation de la mission sur la base du nombre de particuliers domiciliés en France dont la créance est supérieure à 20 000 €, qui sont pour plus des deux tiers des patients étrangers.

- ◆ sur la période 2014-2018, le centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis estime que ces montants ont atteint en moyenne 360 000 €/an et que dans 90 % des cas, il s'agissait d'étrangers²⁹.

Parmi ces soins n'ayant jamais fait l'objet de facturation, il n'est pas possible d'indiquer précisément les montants associés à des soins dispensés à des étrangers en situation irrégulière. En effet, ces dépenses peuvent concerner des personnes de nationalité française en grande précarité qui ne disposent plus de leur pièce d'identité mais également des personnes étrangères en déplacement en France et non irrégulière sur le territoire national. Pour autant, à l'aide des entretiens réalisés avec les agents en charge de la facturation, il est possible de donner une fourchette des dépenses qui devraient correspondre à des soins dispensés à des étrangers en situation irrégulière. Au total, la mission estime que ces dépenses pour les quatre établissements rencontrés pourraient représenter au moins 15 M€, soit 9,2 % de leurs dépenses cumulées d'AME et de soins urgents (cf. tableau 9).

On peut extrapoler à la France entière en faisant deux hypothèses concurrentes :

- ◆ **hypothèse n°1** : le pourcentage de dépenses non liquidées dans les autres hôpitaux de France est égal au pourcentage moyen calculé pour les trois hôpitaux où la donnée est disponible, soit 10,2 %. Dans cette hypothèse, le coût estimé pour la France entière est de 51 M€ ;
- ◆ **hypothèse n°2** : le pourcentage de dépenses non liquidées est égal au pourcentage moyen calculé dans les deux hôpitaux où la donnée est disponible et semble représentative (i.e. hors AP-HP, considérée comme très atypique), soit 1,6 %. Dans cette hypothèse, le coût estimé pour la France entière est de 21 M€.

**Tableau 9 : Estimation des dépenses non liquidées
et correspondant à des soins aux étrangers en situation irrégulière**

Hôpitaux	Dépenses non liquidées	Dépenses totales AME + soins urgents
Hospices civils de Lyon	Au moins 25 000 €	9 343 000 €
Centre hospitalier Delafontaine de Saint Denis	Au moins 324 000 €	12 400 000 €
Assistance publique – Hôpitaux de Marseille	Montants résiduels	16 400 000 €
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	Au moins 14 400 000 €	122 713 000 €
Total	Au moins 15 M€	160 856 000 €

Source : Mission.

4.2.4. Cette situation est de nature à porter atteinte au principe de sincérité budgétaire en sous-estimant les dépenses associées à des patients, étrangers en situation irrégulière

La mission estime que les dépenses prodiguées aux étrangers en situation irrégulière pourraient être sous-évaluées d'au moins 8 % , en raison des dépenses inscrites en créances irrécouvrables et de celles qui n'ont jamais fait l'objet d'émission de titre. Ce calcul constitue une toute première estimation basée sur les données disponibles et transmises par les hôpitaux visités ; il se fonde sur une extrapolation dont la validité reste discutable.

²⁹ Dans leur majorité en situation irrégulière, puisque les demandeurs d'asile disposent de la PUMa et les étrangers disposant de visa touristique présentent leur passeport.

Les postes de dépenses de l'AME et du dispositif soins urgents et vitaux ne retracent pas ces dépenses. Ces dépenses sont soit incorporées en créances irrécouvrables ce qui creuse le déficit hospitalier ou ne font jamais l'objet de factures. *In fine*, cette situation est de nature à porter atteinte au principe de sincérité budgétaire et appelle une modification des règles de facturation et d'interaction entre les CPAM et les hôpitaux.

Proposition n° 11 (cf. proposition n° 12 dans le tableau de synthèse des propositions) :

La mission préconise de faciliter les modalités de facturation en :

- ♦ **assurant une communication systématique aux hôpitaux des décisions des CPAM sur les demandes d'ouvertures de droits afin d'éviter de retarder la facturation ou de faire passer en créances irrécouvrables les dépenses associées aux soins ;**
- ♦ **étendant le délai maximum entre la date de la prestation de soins et la date de la demande d'ouverture de l'AME à trois mois dans l'ensemble des hôpitaux;**
- ♦ **étendant le délai de forclusion d'un à deux ans pour les patients qui ont bénéficié une demande d'ouverture des droits d'AME ; ceci implique d'introduire une dérogation aux dispositions de l'article L162-25 du code de santé sociale.**

5. L'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME doit désormais être renforcé en médecine de ville

La mission a analysé les difficultés pratiques que rencontrent les étrangers en situation irrégulière dans l'accès aux soins : méconnaissance du dispositif, longueur des démarches, refus de soins en médecine de ville.

5.1. Les acteurs de terrain en charge du déploiement de l'AME veillent à limiter le non-recours

Le non-recours aux soins peut procéder d'un non-recours aux soins. Dans ce cas, les populations éligibles au dispositif et dont l'état de santé suppose qu'elles voient un médecin n'y accèdent pas soit par méconnaissance du dispositif soit en raison des difficultés rencontrées dans les démarches. Il n'existe aucune donnée fiable sur la prévalence de ce non-recours.

Pour faciliter l'accès des étrangers en situation irrégulière à l'AME, les CPAM et les professionnels de santé ont mis en place des dispositifs de proximité. D'abord, les CPAM veillent à multiplier les lieux d'accueil dans lesquels les demandeurs peuvent être accompagnés dans la constitution du dossier (la CPAM de Paris est ainsi dotée de 35 permanences). Dans ces lieux d'accueil, les demandeurs se voient remettre un « kit » comprenant des explications sur les pièces à fournir. Ensuite, pour les cas les plus urgents et principalement à destination des mineurs non accompagnés ou des femmes enceintes, les professionnels du secteur ont développé des systèmes d'alerte *ad hoc* par lesquels les associations peuvent signaler par mail auprès des hôpitaux les situations présentant une nécessité de prise en charge immédiate.

5.2. Le renforcement de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière suppose de limiter la prévalence du refus de soins en médecine de ville

Un constat de refus de soins en médecine de ville est partagé par les associations, le conseil national de l'ordre de médecins et le Défenseur des droits³⁰. Une tentative d'objectivation du refus de soins sur un périmètre comprenant à la fois l'AME et la CMU a été réalisée par Perret et al. (2019)³¹ : sur la base de l'enquête ENFAMS réalisée en 2013 par l'Observatoire du SAMU social de Paris, ils évaluent la prévalence des refus de soins à 22,1 % à cause de la CMU ou de l'AME parmi les 561 femmes de l'échantillon.

De manière générale, plusieurs facteurs sont avancés pour expliquer le refus de soins :

- ◆ les difficultés de communication des médecins avec les patients ;
- ◆ les démarches administratives relatives à l'envoi de pièces justificatives et conditionnant le remboursement des soins³² ;
- ◆ le délai pris par les CPAM pour procéder au remboursement des frais : pour autant, la CPAM de Bobigny indique que ce délai se situe entre 7 et 30 jours ;

³⁰ *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Défenseur des droits, 2014.

³¹ Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019;(17-18) :341-50.

³² À l'inverse de la CMU, il n'existe pas de mécanisme de compensation financière d'un supplément de coordination de 6,50 € correspondant au temps passé par le praticien à remplir ces documents.

Annexe IV

- ◆ le patient indique disposer d'une carte valide d'AME ce dont atteste la date d'expiration alors qu'il a été entre temps régularisé et n'est donc plus sous AME, ce qui peut bloquer ultérieurement le remboursement du médecin.

L'existence d'un refus de soins en médecine de ville apparaît préjudiciable tant sur le plan de la santé du patient que sur le plan budgétaire. Tout retard dans le recours aux soins est de nature à aggraver la santé du patient et peut conduire à une prise en charge ultérieure plus lourde. En outre, le coût budgétaire associé aux soins prodigués en médecine de ville est inférieur à ceux dispensés à l'hôpital et une prise en charge retardée peut être plus onéreuse.

Proposition n° 12 (cf. proposition n° 13 dans le tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise de fluidifier la facturation et le suivi de la dépense de soins de ville en dématérialisant autant que possible les processus et en transformant idéalement la carte AME en une carte à puce de type carte Vitale, permettant la télétransmission et le suivi des prescriptions et consommations pharmaceutiques.

Proposition n° 13 (cf. proposition n° 14 dans le tableau de synthèse des propositions) : La mission préconise également de faciliter la prise en charge en médecine de ville en étendant le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) aux bénéficiaires de l'AME, et en développant un suivi qualitatif et quantitatif de cette population sur le modèle de celui des bénéficiaires de la CMU-C, afin de mieux connaître la prévalence du refus de soins et d'en évaluer les motifs.

6. Déjà améliorées au cours des dernières années, la célérité et la qualité de l'instruction vont bénéficier de la mise en place du « pôle national AME » dès la fin 2019

6.1. Les modalités d'instruction ont favorablement évolué au cours des dernières années

Le nombre d'erreurs dans l'instruction des dossiers demeure limité. Dotées d'un service de contrôle interne, les CPAM assurent un double contrôle systématique sur 10 % de l'ensemble des dossiers en procédant à une nouvelle instruction sur ces derniers. Il passera à 12% en 2020. Les résultats de cette seconde instruction font apparaître un faible niveau de marge d'erreurs puisque les instructions successives n'aboutissent à des décisions différentes que dans 1 % à 1,5 % des dossiers contrôlés deux fois. Ce taux témoigne de la fiabilité de l'instruction réalisée au sein des CPAM.

Les délais d'instruction ont fortement diminué depuis 2013. En effet, sur longue période, on observe une diminution des délais d'instruction des dossiers par les CPAM. Ces derniers étaient de 31 jours en 2013 et 40 jours en 2014 et sont stabilisés à 25 jours depuis 2016 (tableau 10).

Tableau 10 : Évolution des délais d'instruction des demandes d'ouverture de droits AME

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (T2)	Cible pour 2020 ³³
Délai (jours)	31	40	39	25	25	25	25	20

Source : Mission d'après les données CNAM.

La centralisation de l'instruction autour du « pôle national » constitué par les trois caisses de Paris, Bobigny et Marseille pourrait, à court terme, infléchir cette tendance à la baisse des délais de traitement des dossiers. D'ici fin 2019, l'instruction se déroulera en effet dans ces trois CPAM qui ont aujourd'hui des délais de traitement parmi les plus faibles et des flux entrants parmi les plus élevés (cf. tableau 11). Les CPAM de proximité garderont leur « front office » et continueront à collecter les dossiers envoyés par courrier ou déposé à l'accueil. Elles seront chargées de les numériser puis de les envoyer à leur CPAM référente du « pôle national ». Les CPAM du « pôle national » sont préparées à cette évolution :

- ◆ sur le plan des ressources humaines, ces trois CPAM ont progressivement accru les ETP consacrés à l'instruction ;
- ◆ les agents chargés de l'instruction bénéficient d'une série de formations qu'ils estiment suffisantes et certaines d'entre eux ont pris part à la phase de pré-production du logiciel « Portail aide médicale d'État » en lien avec la maîtrise d'ouvrage de la CNAM.

³³ D'après le projet annuel de performances du programme 183 « Protection maladie » (2020).

Tableau 11 : Nombre de dossiers instruits et délais moyens de traitement (2018)

Délai d'instruction	Nombre de dossiers instruits	Délai moyen de traitement
CPAM Nice	7 483	8
CPAM Marseille	12 365	15
CPAM Toulouse	3 928	15
CPAM de l'Hérault	3 723	13
CPAM de Loire-Atlantique	2 729	38
CPAM du Bas-Rhin	2 628	25
CPAM du Rhône	6 176	37
CPAM Paris	28 495	19
CPAM Melun	7 252	19
CPAM Versailles	7 868	16
CPAM Évreux	10 318	45
CPAM Nanterre	13 249	26
CPAM Bobigny	35 958	20
CPAM Créteil	18 644	23
CPAM Cergy-Pontoise	10 778	34
CGSS Guyane	20 890	65
National	255 091	25

Source : Mission d'après les données CNAM.

Pour autant, la mission considère que cette transformation pourrait, en particulier pour 2020, soulever des difficultés à respecter les délais d'instruction « cible » de 20 jours.

Dans la nouvelle configuration, davantage d'acteurs vont intervenir puisque la CPAM de proximité sera chargée d'assurer la fonction de « front office » et la CPAM du « pôle national » du « back office ». Le temps nécessaire à la numérisation puis transmission des dossiers entre les deux CPAM pourrait rallonger structurellement les délais. Certains des hôpitaux rencontrés dont les Hospices civils de Lyon s'inquiètent d'un rallongement des délais et craignent la remise en cause du partenariat mis en place avec la CPAM du Rhône par lequel les flux de demandes pouvaient être prioritaires et traités dans un délai de dix jours pour les patients ayant besoin d'une prise non urgente mais rapide du patient était nécessaire.

Les délais risquent d'être particulièrement rallongés pour les traitements de dossiers initialement incomplets qui représentent entre 25 % et 30 % du flux actuel entrant. En cas d'incomplétude du dossier, la CPAM du « pôle national » enverra un courrier au demandeur qui devra redéposer son dossier à la CPAM de proximité laquelle numérisera par la suite ces pièces. Concomitamment, le programme 183 a abaissé son objectif de traitement des dossiers pour 2020 en le faisant passer de 25 à 20 jours. **La mission préconise de maintenir pour 2020 un objectif de délai de 25 jours.**

6.2. La centralisation de l'instruction des dossiers autour d'un « pôle national » devrait emporter des effets positifs

La centralisation de l'instruction devrait déboucher sur une harmonisation des pratiques, aujourd'hui hétérogènes pour partie, entre CPAM et sur des gains de productivité.

D'abord, cette centralisation devrait limiter le « nomadisme administratif »³⁴ de certains demandeurs qui s'appuyaient sur les divergences d'interprétation et de pratiques entre CPAM pour choisir la caisse où déposer la demande. Les bonnes pratiques des CPAM du réseau, comme par exemple celle de la CPAM de Paris consistant à vérifier l'identité des tiers hébergeurs, devraient être généralisées. À l'inverse, les « mauvaises » pratiques observées dans certaines CPAM et donnant lieu à des refus de droits³⁵ devraient être abandonnées. Il s'agit par exemple :

- ◆ des erreurs de lecture du droit consistant à faire de « l'irrégularité du séjour » un critère supplémentaire conduisant selon le Défenseur des droits certaines CPAM à réclamer des documents officiels prouvant que le séjour du demandeur était régulier. Certaines CPAM ont ainsi, selon le Défenseur des droits, demandé de joindre à des dossiers des obligations de quitter le territoire français ;
- ◆ de la conduite de l'instruction sur la base de pièces envoyées par mail et non sur celle des photocopies papiers des pièces originales.

En outre, des gains de productivité sont attendus de la mutualisation du « back office » : le « pôle national » sera constitué autour des caisses concentrant les flux entrants les plus élevés.

Proposition n° 14 : La mission préconise que la CNAM diffuse une instruction commune à l'ensemble des CPAM du « pôle national » dans le but de garantir l'uniformité des pratiques (pièces justificatives acceptées, modalités d'instruction). Une note d'informations à l'attention de l'ensemble des partenaires (hôpitaux, CCAS, associations) pourrait être diffusée pour préciser les règles de constitution des dossiers.

³⁴ Ce dernier est difficile à quantifier mais a été mis en exergue lors des auditions avec les agents de terrain et avait déjà été relevé par le rapport « La gestion de l'aide médicale d'État : mission d'audit de modernisation » (IGF-IGAS, 2007).

³⁵ Le Défenseur des droits indique que son pôle d'instruction traite une vingtaine de cas par an ; ce qui est significatif car ce dernier n'est saisi qu'en dernier ressort par les associations après échec des aller-retours avec les CPAM.

ANNEXE V

Revue de littérature

SOMMAIRE

1. MALGRÉ UN EFFET DE SÉLECTION À L'ÉMIGRATION, L'ÉTAT DE SANTÉ DES MIGRANTS EST MOINS BON QUE CELUI DU RESTE DE LA POPULATION.....	1
1.1. Si les personnes qui quittent leur pays sont en meilleure santé que la moyenne de leurs compatriotes, on ne peut nier que la santé soit un motif de migration pour certains	1
1.2. L'état de santé des migrants présents en France est dégradé du fait des séquelles de la migration et de conditions de vie insalubres.....	2
2. LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EST UNE QUESTION D'EFFICIENCE DE LA DÉPENSE PUBLIQUE.....	4
3. L'AME FAIT L'OBJET DE CRITIQUES SUR SON PRINCIPE, SA MISE EN ŒUVRE ET SES RÉSULTATS.....	5
3.1. Sur son principe, l'AME est critiquée comme un dispositif institutionnalisant l'exclusion des migrants	5
3.2. Plusieurs études pointent la mise en œuvre imparfaite et les résultats insatisfaisants de la politique de l'aide médicale d'État.....	6

1. Malgré un effet de sélection à l'émigration, l'état de santé des migrants est moins bon que celui du reste de la population

1.1. Si les personnes qui quittent leur pays sont en meilleure santé que la moyenne de leurs compatriotes, on ne peut nier que la santé soit un motif de migration pour certains

Le **healthy migrant effect (HME)** ou « effet migrants en bonne santé » décrit un avantage de mortalité observé de manière empirique chez les migrants de certains pays d'origine, par rapport à la population majoritaire dans les pays d'accueil, généralement dans le monde industrialisé. Le HME sert d'explication ad hoc lorsqu'il est établi que les migrants ont un meilleur état de santé en dépit de leur désavantage socioéconomique. Il est encore considéré comme une hypothèse car insuffisamment fondé en théorie.

L'hypothèse du HME suppose tout d'abord que les migrants ont un meilleur état de santé en moyenne que la population de leur pays d'origine, les personnes en meilleure santé étant plus aptes à migrer et les opportunités de travail dans le pays d'accueil étant plus élevées pour les travailleurs migrants en bonne santé¹. Cet effet de sélection ne prédit pas nécessairement que les immigrés aient un meilleur état de santé que les personnes natives du pays d'accueil. Cependant, les résultats de nombreuses études, réalisées notamment aux États-Unis et au Canada, viennent à l'appui de cette hypothèse en montrant que les personnes récemment immigrées ont un état de santé globalement meilleur que les natifs².

Un second phénomène de sélection peut également expliquer la sous-mortalité des personnes immigrées. Connu sous le nom de *salmon bias* (« biais des saumons »), il est le fait des retours dans le pays d'origine en fin de vie ou au moment du décès, motivés en particulier par le souhait d'une inhumation au pays d'origine³.

L'avantage en termes de santé des migrants semble toutefois s'amenuiser à long terme. Plusieurs travaux suggèrent ainsi que l'état de santé des migrants se dégrade avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil⁴. Les résultats de l'enquête Premiers Pas⁵, présentés dans le graphique 1, corroborent ce constat : la modification de la distribution des états de santé des migrants interrogés entre l'arrivée en France et le moment de l'enquête traduit une dégradation globale de leur état de santé, avec en particulier un net recul des personnes en très bon état de santé (- 40,1%).

¹ Voir par exemple : Shaw M., Dorling D., Smith G.D. [1999], « Poverty, social exclusion, and minorities », dans Marmot M. et Wilkinson R. (eds), *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.

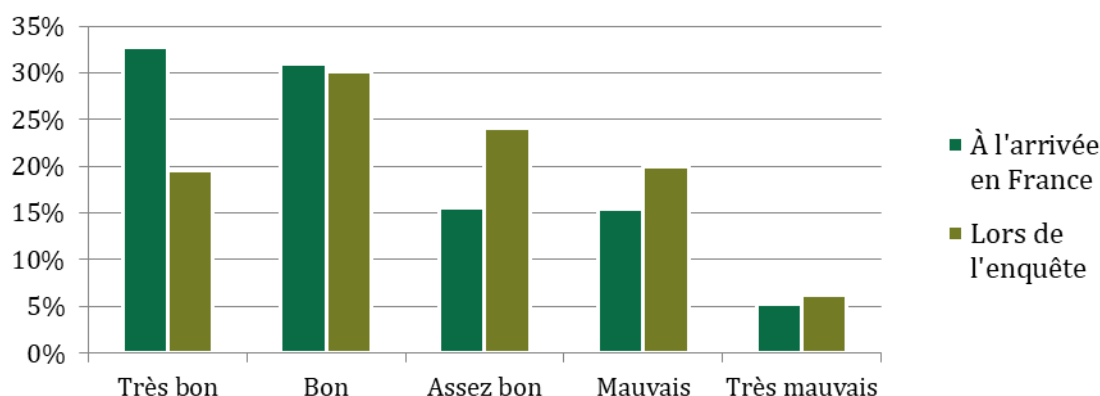
² Voir par exemple : McDonald J.T., Kennedy S. [2004], « Insights into the "healthy immigrant effect" : health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine*, 59 (8), p. 1613-1627.

³ Voir par exemple : Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB (1999) « The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses ». *American Journal of Public Health*, 89:1543-1548.

⁴ Ces travaux sont énumérés et discutés dans l'article suivant, auquel on pourra également se référer pour compléter cette brève revue de littérature sur le HME : Jusot Florence, Silva Jérôme, Dourgnon Paul *et al.*, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? », *Revue économique*, 2009/2 (Vol. 60), p. 385-411.

⁵ Enquête menée par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) de l'université de Bordeaux, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et l'université de Paris Dauphine sur un échantillon de 1 223 migrants en situation irrégulière, dont le résultats provisoires ont pu être obtenus par la mission sous la forme d'un support de présentation en date du 23 mai 2019.

Graphique 1 : Variation de l'état de santé perçu des migrants en situation irrégulière



Source : Enquête Premiers pas, 2019.

Le HME est contrecarré, en pratique, par le fait que des personnes malades peuvent choisir de migrer dans un pays où les soins sont de meilleure qualité ou plus accessibles. Les résultats de l'enquête Premiers Pas⁶ montrent ainsi que **la santé est un motif de migration pour plus d'un quart des migrants interrogés** (25,8 %, cf. tableau 1). C'est le deuxième motif en termes de fréquence, loin derrière la recherche de conditions économiques meilleures (59,3 %).

Tableau 1 : Motifs de migration d'un échantillon de migrants en situation irrégulière

Motif	Économique	Santé	Politique	Familial	Personnel	Études
Nombre de personnes	649	297	140	70	156	27
Part de l'échantillon	59,3 %	25,8 %	12,1 %	6,1 %	13,5 %	2,3 %

Source : Enquête Premiers pas, 2019.

1.2. L'état de santé des migrants présents en France est dégradé du fait des séquelles de la migration et de conditions de vie insalubres

Faute d'un dispositif de suivi adossé au dispositif de couverture sanitaire de l'AME, notre connaissance de la santé des migrants est parcellaire. Quelques articles récents offrent un éclairage utile sur cette question.

Chaud et al. (2017)⁷ rendent compte des observations d'un système de surveillance épidémiologique mis en place par Santé publique France dans les campements de migrants de Calais et Grande-Synthe entre novembre 2015 et octobre 2016 : « *sur la période d'étude, la majorité des recours aux soins a concerné les **pathologies infectieuses**, notamment les infections respiratoires aiguës basses et hautes, les syndromes grippaux et la gale. Plusieurs épisodes épidémiques ont été détectés dans le campement de Calais : une épidémie de grippe A(H1N1), un foyer épidémique de rougeole et une épidémie de varicelle, qui ont donné lieu à des campagnes de vaccinations.* » Ils soulignent en conclusion « *la faisabilité et l'utilité d'une surveillance syndromique dans le contexte complexe d'un camp de migrants ouvert* ».

⁶ Voir note 6 en page 1 de cette annexe.

⁷ Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017;(19-20):374-81.

Guisao et al. (2017)⁸ exposent les résultats de 736 bilans infirmiers réalisés suite à l'évacuation de 16 campements de fortune parisiens de juin 2015 à mars 2016. Ces bilans ne sont pas nécessairement représentatifs de la situation générale des migrants en situation irrégulière puisqu'ils concernent « *une population essentiellement jeune et masculine, venue principalement du Soudan, d'Afghanistan et d'Érythrée.* » Il en ressort que « *les trois quarts déclaraient un problème de santé datant de moins de six mois, 16% faisaient état d'un problème présent depuis plus de six mois et 12% disaient avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois. Pour 73% des personnes, les infirmier(ère)s ont identifié des besoins d'orientation sanitaire à la fin du bilan.* »

Tapié de Céleyran et al. (2017)⁹ entreprennent une caractérisation des migrants sur la base d'une étude descriptive nationale réalisée en 2016 auprès de 848 immigrés ayant consulté dans 30 PASS de France métropolitaine et de Guyane. Ils observent que « *les personnes immigrées consultant dans les PASS étaient principalement **des hommes jeunes avec un niveau d'éducation secondaire, demandeurs d'asile ou sans droit au séjour, en situation de précarité et d'isolement social.** L'Afrique subsaharienne est la première région d'origine. Les motifs de consultations étaient souvent multiples, dominés par les troubles digestifs, les maladies infectieuses et les troubles musculo-squelettiques. Des violences subies étaient fréquemment rapportées. Les migrants sans domicile, sans couverture maladie et en insécurité alimentaire, ainsi que les femmes étaient davantage représentées parmi les consultants arrivés en France depuis moins d'un an.* »

En ce qui concerne spécifiquement le VIH, Desgrées du Loû et al. (2015)¹⁰ ont montré que **parmi 898 adultes infectés par le VIH nés dans un pays d'Afrique subsaharienne, entre 35% et 49% avaient acquis le VIH après leur arrivée en France**, contredisant l'idée que le VIH serait une pathologie importée par les migrants et mettant en lumière la nécessité « *d'améliorer la prévention dans ce groupe de population et, pour cela, de mieux comprendre les déterminants de ces infections survenues en France.* »

En ce qui concerne spécifiquement les troubles psychiques, Veïsse et al. (2017)¹¹ observent : « *entre 2012 et 2016, **62% des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence**, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. [...] Toutes les formes de violences sont liées à une probabilité significativement plus élevée d'être suivi en psychothérapie – trois fois plus souvent en cas de violences extrêmes – et fortement associées à des formes graves de troubles psychiques. Par ailleurs, ces personnes exilées cumulent les facteurs de vulnérabilité sociale : faibles ressources financières, absence de logement et d'hébergement, précarité du séjour, défaut de protection maladie, obstacles linguistiques, difficultés d'accès à l'alimentation, isolement et situation de détresse sociale (24% cumulent au moins cinq critères de vulnérabilité).* »

⁸ Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017;(19-20):382-8.

⁹ Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. « Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017;(19-20):396-405.

¹⁰ Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al; groupe ANRS-Parcours. « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS) ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015;(40-41):752-8.

¹¹ Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017 ;(19-20):405-14.

2. La prise en charge précoce des problèmes de santé est une question d'efficacité de la dépense publique

Il est généralement considéré comme acquis dans la communauté médicale qu'une **prise en charge précoce des problèmes de santé**, quels qu'ils soient, est moins onéreuse qu'une prise en charge tardive. Ceci justifie que les dépenses de santé soient autant que possible orientées sur la prévention et la détection précoce des problèmes de santé.

L'agence de l'Union Européenne pour les droits fondamentaux (FRA) a produit en 2015 une étude¹² évaluant au moyen des modèles économiques le coût de la non-prise en charge sanitaire des migrants en situation irrégulière dans deux cas spécifiques : la prise en charge de l'hypertension artérielle et la fourniture de soins prénataux. Il en ressort que la fourniture de soins préventifs est efficace du point de vue de la dépense de santé dans chacun des deux cas étudiés :

- ♦ si tous les migrants bénéficiaient de soins de prévention en matière **d'hypertension**, après un an les économies réalisées sur les coûts de santé après un an serait d'environ 9% en moyenne soit 83 € par personne en Allemagne, 66 € par personne en Grèce et 84 € par personne en Suède ; après cinq ans, les économies seraient de 12% à 13% ; sur la durée de vie d'une personne, elles seraient de 16% ;
- ♦ si toutes les femmes migrantes enceintes bénéficiaient de **soins prénataux**, les économies réalisées sur les coûts de santé après deux ans seraient de 48% en Allemagne et en Grèce (soit 56 € et 52 € par femme, respectivement) et jusqu'à 69% en Suède (soit 177 € par femme).

Guillon, Celse et Geoffard (2018)¹³ montrent que la **prise en charge précoce de patients infectés par le VIH** est également efficace du point de vue de la dépense : elle permet une économie nette entre 32 000 € et 198 000 € par patient, en plus de prévenir de nouvelles infections (entre 0,299 et 0,542 nouvelles infections évitées pour chaque patient pris en charge précocement).

Kraft et al. (2009)¹⁴ montrent quant à eux, sur la base d'une expérience randomisée contrôlée sur une population d'enfants de moins de cinq ans aux Philippines, qu'un délai de prise en charge de deux jours entre le début des symptômes et l'admission à l'hôpital est associé à un surcoût d'hospitalisation de 1,9 %.

Ces trois études, si l'on fait l'hypothèse que leurs résultats peuvent être généralisés à l'ensemble des problèmes de santé, mettent en doute la pertinence (y compris d'un point de vue purement financier) de politiques consistant à compliquer l'accès des migrants aux soins non-urgents et notamment à la médecine de ville et à limiter leur couverture sanitaire à la prise en charge des urgences.

¹² *Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2015.

¹³ Marlène Guillon, Michel Celse et Pierre-Yves Geoffard, « Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France », *European Journal of Health Economics*, 2018, 19:327-340.

¹⁴ « The Health and Cost Impact of Care Delay and the Experimental Impact of Insurance on Delays: Evidence from a Developing Country ».

3. L'AME fait l'objet de critiques sur son principe, sa mise en œuvre et ses résultats

3.1. Sur son principe, l'AME est critiquée comme un dispositif institutionnalisant l'exclusion des migrants

Deux thèses de doctorat ont été consacrées récemment au dispositif de l'AME vu sous un angle historique, sociologique et ethnographique :

- ♦ M. Jérémy Geeraert traite dans sa thèse de doctorat¹⁵ de « *la question sociale dans le domaine de la santé à l'hôpital public au prisme des rapports de pouvoir et de l'organisation du système de santé* », à travers notamment une enquête sociologique portant sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des hôpitaux publics français. Il voit dans le système français d'accès aux soins des migrants en situation irrégulière **le résultat d'une tension entre inclusion et exclusion** : la PASS « *a pour fonction d'inclure ceux qui sont menacés d'exclusion sociale et de les intégrer dans le système de santé régulier* » mais « *cette structure s'inscrit dans le même temps dans un système de santé hiérarchisé qui place activement les patients des PASS en bas de la structure.* » Cette dialectique inclusion/exclusion résulterait « *d'un processus de stratification et de régulation du système de protection maladie* » dans le contexte d'un « *étranglement budgétaires des hôpitaux publics* » ;
- ♦ M^{me} Caroline Izambert offre dans sa thèse de doctorat¹⁶ une lecture critique, sociologique et ethnographique, de la genèse et de la justification technique et politique du dispositif de l'AME. Partant du postulat que « *la création d'un système d'exception pour la couverture maladie des étrangers en situation étrangère est le « contrepoint » de la « trop belle histoire » de la couverture médicale universelle* », la thèse entreprend de démontrer que l'AME participe à « ***l'émergence de formes de citoyenneté sociale dégradée pour les personnes vivant illégalement en France*** » (voir citation dans l'encadré 1).

Ces critiques sont partagées par les associations de défense des migrants rencontrées par la mission, qui revendiquent en conséquence une convergence du dispositif de l'AME avec celui du droit commun. Cette revendication est également faite par l'Académie nationale de médecine¹⁷ et le Défenseur des droits¹⁸. D'après M^{me} Anne du Quennec, cheffe du pôle protection des droits, affaires publiques – droits fondamentaux des étrangers auprès du Défenseur des droits, il est généralement vérifié que l'établissement d'un service dédié à une population précaire et marginalisée, par exemple aux étrangers en situation irrégulière, augmente le risque d'une dégradation du service à cette population.

¹⁵ *La question sociale en santé – L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXI^e siècle*, thèse soutenue en 2017.

¹⁶ *Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours*, thèse soutenue en 2018.

¹⁷ *Précarité, pauvreté et santé*. Académie nationale de médecine, 2017.

¹⁸ *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*. Défenseur des droits, 2019.

3.2. Plusieurs études pointent la mise en œuvre imparfaite et les résultats insatisfaisants de la politique de l'aide médicale d'État

En ce qui concerne la mise en œuvre de la politique, M^{me} Cécile Gabarro a tenté de montrer dans sa thèse de doctorat¹⁹ les **complexités, paradoxes et absurdités du dispositif administratif de l'aide médicale d'État**, dont elle offre une description ethnographique. Elle conclut de ses observations « *qu'une rhétorique du soupçon se développe dans cette administration, et ce plus particulièrement à l'égard des étrangers. Bien que cette rhétorique soit institutionnalisée, [...] elle donne aussi lieu à des réappropriations individuelles, dans un contexte de forte remise en question du sens du travail et de déstabilisation des identités professionnelles. [...] L'usage de la rhétorique du soupçon n'engendre pas forcément une lecture rigoriste de l'AME, même si cette dernière reste dominante.* » Les employés des caisses d'assurance maladie seraient victimes d'une logique de plus en plus productiviste, dont les usagers seraient les victimes secondaires : « *les rendements imposés aux agents des caisses et leur manque de formation les poussent à réclamer aux demandeurs plus de justificatifs, différant toujours plus leur accès aux soins* ».

Les résultats de l'enquête Premiers pas²⁰ montrent que 51 % seulement des migrants en situation irrégulière interrogés sont bénéficiaires de l'AME. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par un phénomène de **non-recours aux droits, qui peut être la conséquence** :

- ♦ soit des difficultés administratives décrites supra ;
- ♦ soit de la réticence présumée de ces populations en situation irrégulière à engager un processus administratif.

Perret et al. (2019)²¹ ont tenté d'objectiver le constat – fait par les associations, mais aussi par le Défenseur des droits²² – selon lequel les populations bénéficiaires de l'AME et de la CMU sont victimes de **refus de soins** en France. L'enquête ENFAMS sur laquelle ils s'appuient, réalisée en 2013 par l'Observatoire du SAMU social de Paris auprès d'un échantillon de 801 familles sans domicile hébergées en Île-de-France, évalue à 22,1% la prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME parmi les 561 femmes de l'échantillon.

Il est plus difficile de trouver des données fiables sur le **renoncement aux soins** des bénéficiaires ou bénéficiaires potentiels de l'AME. D'après les résultats de l'enquête Premiers pas²³, 29 % des bénéficiaires de l'AME et 35 % des personnes en situation irrégulière n'ayant pas de droits ouverts à l'AME déclarent avoir eu un problème de santé pour lequel ils ne sont pas allés voir un médecin.

¹⁹ L'attribution de l'aide médicale d'État (AME) par les agents de l'Assurance maladie : entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires, 2017.

²⁰ Voir note 6 en page 1 de cette annexe.

²¹ Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019;(17-18):341-50.

²² Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Défenseur des droits, 2014.

²³ Voir note 6 en page 1 de cette annexe.

En ce qui concerne les résultats de la politique, Sauvegrain et al. (2017)²⁴ montrent que les femmes immigrées, en particulier celles nées en Afrique subsaharienne, présentent **un risque accru de décès maternel et de morbidité maternelle sévère**, et que ces risques s'expliquent par des soins prénatals quantitativement et qualitativement moindres. Ils soulignent en conséquence la nécessité *« de poursuivre les recherches concernant les barrières à l'accès au système de soins et aux soins de qualité des femmes immigrées enceintes, et en particulier les implications que peuvent avoir les représentations et les discriminations dans la genèse des inégalités de santé maternelle et périnatale. »*

Encadré 1 : L'AME, une politique d'exclusion ?

« L'AME est un exemple de l'interpénétration toujours plus forte des politiques sociales et des politiques migratoires, voire de la soumission des premières aux objectifs des secondes. Il est essentiel de souligner l'écart qui subsiste entre le faible niveau de preuve empirique du caractère incitatif du niveau de protection sociale sur les flux migratoires et le large consensus politique qu'il existe sur la nécessité de contrôler, voire d'entraver, l'accès des étrangers nouvellement arrivés à la protection sociale. Depuis les années 1970, les discours de justification ont évolué de l'affirmation d'une connaissance, pourtant peu étayée – « nous restreignons l'accès à la protection sociale car cela permet de limiter les flux migratoires » – à l'expression d'une nécessité symbolique et politique – « nous restreignons l'accès à la protection sociale parce cela ne serait pas compris par les électeurs que des étrangers nouvellement arrivés soient aussi bien protégés qu'eux ». Les arguments de justice sociale invoqués par les défenseurs des droits des étrangers, qui avaient été balayés au nom de la rationalité supposée de la décision publique, sont désormais retournés contre eux – même si c'est une autre conception de la justice sociale qui est convoquée. Quant aux vertus intégratrices de la protection sociale, elles ne sont plus invoquées par personne tant les discussions sur la protection sociale ont été réduites à un débat comptable.

Comme sur beaucoup d'autres points relatifs à l'immigration, la rhétorique de l'impulsion par le bas rend les acteurs politiques inaccessibles aux arguments rationnels ou scientifiques. Et ce d'autant plus que la dégradation du niveau de protection sociale pour l'ensemble de la population entretient la conviction que le « gâteau n'est pas assez grand pour être partagé ». Paradoxalement, le maintien de l'AME – malgré les multiples attaques et remises en causes dont elle a fait l'objet depuis dix-huit ans – montre que les raisonnements de santé publique, ou du moins la parole de ceux qui les portent, trouvent encore une certaine résonance auprès des décideurs.

Il n'en reste pas moins que la création de l'AME marque un traitement de plus en plus distinct des questions relatives aux étrangers pauvres et aux Français pauvres. Les multiples lois sur l'immigration votées depuis 30 ans ont réduit drastiquement les configurations dans lesquelles les personnes étrangères peuvent avoir l'assurance de voir leur droit au séjour reconduit au fil des années. Bien que l'AME soit réservée à celles en situation irrégulière, de nombreuses personnes étrangères vivant sur le territoire sont susceptibles d'y avoir recours. Son existence contribue à entretenir une série d'équations sociologiques approximatives, opposant les Français pauvres aux étrangers pauvres, confondant immigrés (7,8 millions de personnes), étrangers en situation régulière (0,6 millions) et étrangers en situation irrégulière (quelques centaines de milliers de personnes), assimilant l'ensemble des étrangers à une situation de pauvreté. »

Source : Thèse de doctorat de M^{me} Caroline Izambert, 2018.

²⁴ Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al. « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017;(19-20):389-95.

ANNEXE VI

Personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS MINISTÉRIELS	1
1.1. Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé.....	1
1.2. Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics	1
1.3. Cabinet du Premier ministre	1
1.4. Cabinet du ministre de l'intérieur	1
2. ADMINISTRATIONS	1
2.1. Direction de la sécurité sociale.....	1
2.2. Direction générale de l'organisation des soins	2
2.3. Direction générale de la santé	2
2.4. Agence régionale de santé d'Île-de-France.....	2
2.5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	2
2.6. Direction du budget.....	2
2.7. Direction générale du Trésor	2
2.8. Direction de l'immigration	3
2.9. Office français de l'immigration et de l'intégration	3
3. ASSURANCE MALADIE	3
3.1. Caisse nationale d'assurance maladie	3
3.2. Caisse primaire d'assurance maladie de Paris.....	3
3.3. Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis	4
3.4. Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône	4
3.5. Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône.....	4
4. HÔPITAUX.....	5
4.1. Assistance publique – Hôpitaux de Paris	5
4.2. Centre hospitalier de Saint-Denis.....	5
4.3. Assistance publique – Hôpitaux de Marseille.....	5
4.4. Hospices civils de Lyon.....	6
4.5. Coordinateurs régionaux des PASS	6

5. AUTRES ORGANISMES	6
5.1. Associations.....	6
5.2. Défenseur des droits.....	7
5.3. Comité consultatif national d'éthique.....	7
5.4. Conseil national de l'ordre des médecins.....	7
5.5. Académie nationale de médecine.....	7
5.6. Fédération des médecins de France (union généraliste)	7
5.7. Société francophone de transplantation	7
5.8. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants	7
5.9. Équipe académique enquête « Premiers pas ».....	7

1. Cabinets ministériels

1.1. Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé

- ◆ M. Raymond Le Moign, directeur
- ◆ M^{me} Marie Daudé, directrice adjointe
- ◆ M^{me} Clothilde Durand, conseillère

1.2. Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics

- ◆ M^{me} Aurélia Lecourtier-Gégout, directrice
- ◆ M. Florian Colas, directeur adjoint
- ◆ M^{me} Manon Perrière, conseillère juridique
- ◆ M. Louis d'Humières, conseiller

1.3. Cabinet du Premier ministre

- ◆ M. Thomas Fatôme, directeur adjoint
- ◆ M. Frank Von Lennep, conseiller, chef du pôle santé, protection sociale, politiques sociales du cabinet
- ◆ M^{me} Constance Bensoussan, conseillère technique inclusion, égalité femmes hommes et citoyenneté
- ◆ M. Pierre Regnault de la Mothe, conseiller technique affaires intérieures

1.4. Cabinet du ministre de l'intérieur

- ◆ M. Stéphane Bouillon, directeur
- ◆ M. Simon Fetet, directeur adjoint
- ◆ M^{me} Magali Charbonneau, directrice adjointe
- ◆ M. Maxime Feghouli, Conseiller

2. Administrations

2.1. Direction de la sécurité sociale

- ◆ M^{me} Mathilde Lignot-Leloup, directrice
- ◆ M^{me} Julie Pougheon, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail
- ◆ M^{me} Fanny Chauviré-Maubert, cheffe du bureau accès aux soins et prestations de santé
- ◆ M^{me} Chloé Ravouna, bureau accès aux soins et prestations de santé
- ◆ M^{me} Sarah Sauneron, bureau accès aux soins et prestations de santé
- ◆ M^{me} Ève Sintas, bureau synthèse financière
- ◆ M^{me} Anna Gomez-Colombani, bureau synthèse financière
- ◆ M. Mathis Haradji, chargé d'études statistiques

2.2. Direction générale de l'organisation des soins

- ◆ M^{me} Adeline Bertsh-Merveilleux, sous-direction de la régulation et de l'offre de soins, bureau prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale
- ◆ M^{me} Wuthina Chin, sous-direction de la régulation et de l'offre de soins, bureau prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale
- ◆ M. Patrick Desmet, chargé de mission SYMPHONIE, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
- ◆ M^{me} Astrid Beudet, conseillère établissements de santé auprès de la directrice générale

2.3. Direction générale de la santé

- ◆ M^{me} Zina Bessa, sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques

2.4. Agence régionale de santé d'Île-de-France

- ◆ M. Aurélien Rousseau, directeur général
- ◆ Dr Luc Ginot, directeur de la promotion de la santé
- ◆ M. Samuel Monthey, stagiaire

2.5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

- ◆ M. Housseyni Holla, directeur général
- ◆ Dr Max Bensadon, directeur général adjoint
- ◆ M^{me} Françoise Bourgoïn, cheffe de service réponse aux demandes externes (jusqu'au 15 septembre 2019)
- ◆ M^{me} Pauline Renaud, cheffe de service réponse aux demandes externes (à partir du 15 septembre 2019)
- ◆ M^{me} Delphine Hoquette, statisticienne, service réponse aux demandes externes
- ◆ M^{me} Sandra Steunou, statisticienne, service réponse aux demandes externes
- ◆ M^{me} Pascaline Lebreton, statisticienne, service réponse aux demandes externes
- ◆ M^{me} Florence Pinelli, cheffe de service adjointe
- ◆ M^{me} Véronique Sauvadet-Chouvy, cheffe du service financements et analyses économiques

2.6. Direction du budget

- ◆ M^{me} Marie Chanchole, sous-directrice, 6^{ème} sous-direction
- ◆ M. David Bonnoit, chef du bureau comptes sociaux et santé

2.7. Direction générale du Trésor

- ◆ M. Benjamin Delozier, sous-directeur des politiques sociales (POLSOC)
- ◆ M. Thierry Grignon, chef du bureau santé et comptes sociaux (POLSOC2)

2.8. Direction de l'immigration

- ◆ M. Hugues Besancenot, directeur
- ◆ M. Mickael Vandoolaeghe, chargé de mission affaires transversales auprès du directeur

2.9. Office français de l'immigration et de l'intégration

- ◆ M. Didier Leschi, directeur général
- ◆ Dr Thanh Le Luong, directrice du service médical

3. Assurance maladie

3.1. Caisse nationale d'assurance maladie

- ◆ M. Nicolas Revel, directeur général
- ◆ M^{me} Delphine Rouillot, directrice de cabinet du directeur général
- ◆ M. Romain Bégé, directeur de cabinet, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)
- ◆ M^{me} Fanny Richard, directrice intervention sociale et accès aux soins
- ◆ M. Pascal Noé, DDGOS, département de la réglementation
- ◆ M^{me} Francine Scherpereel, DDGOS, département de la réglementation
- ◆ M. Claude Gissot, directeur stratégie, études et statistiques (DSES)
- ◆ M^{me} Christelle Gastaldi-Ménager, DSES, responsable du département études sur les pathologies et patients
- ◆ Dr Antoine Rachas, DSES, épidémiologiste, responsable adjoint du département études sur les pathologies et patients
- ◆ M. Pierre Peix, directeur délégué aux opérations
- ◆ Dr Catherine Bismuth, directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
- ◆ M. Alexandre Le Corre, responsable adjoint du département investigation ville et accès aux droits (DIVAD)
- ◆ Dr Éléonore Ronflé, directrice du réseau médical
- ◆ Dr Christopher Vitte, responsable animation du réseau médical
- ◆ M^{me} Christiane Draicchio, adjointe département métier du service médical
- ◆ M. François-Xavier Brouck, responsable des centres de prévention
- ◆ M. Said Oumeddour, responsable de la prévention

3.2. Caisse primaire d'assurance maladie de Paris

- ◆ M^{me} Laurence Dauffy, directrice-générale adjointe
- ◆ M^{me} Catherine Marck, directrice financière comptable
- ◆ M. Yann Rouault, directeur-adjoint
- ◆ M^{me} Francine Bocquel, directrice du service et des prestations
- ◆ M. Aurélien Crenn, directeur de cabinet
- ◆ M^{me} Carine Perrin, responsable du département accès aux droits

Annexe VI

- ◆ M. Rodrigo David de Albuquerque ,responsable du département des établissements
- ◆ M^{me} Marion Franceschetti , responsable du département accueil physique,
- ◆ M^{me} Annie Monteil, responsable contrôle des prestations
- ◆ L'équipe d'accueil de l'agence du 5 rue de la Durance, 12^{ème} arrondissement

3.3. Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis

- ◆ M. Sylvain Guilloteaux, directeur adjoint chargé du service
- ◆ M. Philippe Valiergue, responsable du service AME
- ◆ M^{me} Élise Haddad, responsable du réseau accueil physique
- ◆ M^{me} Chareille Koka, responsable des relations avec les hôpitaux
- ◆ M^{me} Francine Alcide, responsable du service FEND
- ◆ M. Emmanuel Delahaye, manager opérationnel au sein du service FEND
- ◆ M^{me} Johanna Polenor, référente technique au FEND (numérisation des formulaires photo)
- ◆ M^{me} Sabrina Antonio, référente technique au FEND (vidéocodage des formulaires photo)
- ◆ M. Alexis Clabeau, technicien AME
- ◆ M. Sylvain Bachelet, contrôleur
- ◆ M^{me} Marie Lorenzo, contrôleur
- ◆ M^{me} Béatrice Onestas, agent d'accueil

3.4. Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

- ◆ M^{me} Sophie Hudzik, sous-directrice droits et santé
- ◆ M^{me} Audrey Orus, responsable de l'agence Désiré Clary
- ◆ M^{me} Karima Arezki, conseillère service assurance maladie
- ◆ M^{me} Julie Rousset, responsable pôle AME
- ◆ M^{me} Marielle Bruzzese, responsable adjointe pôle AME
- ◆ L'équipe d'accueil de l'agence Désiré Clary

3.5. Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône

- ◆ M^{me} Frédérique Pempie, responsable de l'accueil physique
- ◆ M^{me} Marie-Claude Augustin, agent d'accueil
- ◆ M^{me} Amandine Andrieu, agent d'accueil
- ◆ M^{me} Sophie Grail, manager du service back-office CMU-AME
- ◆ M^{me} Sophie Paragon, manager du service back-office CMU-AME
- ◆ M^{me} Emmanuelle Liochon, agent du service back-office CMU-AME
- ◆ M^{me} Pascale Labalme, experte technique

4. Hôpitaux

4.1. Assistance publique – Hôpitaux de Paris

- ◆ Dr Florence Veber, directrice de la délégation aux relations internationales (DRI)
- ◆ M. Philippe Leroux, directeur adjoint de la DRI
- ◆ Dr Martine Levine, conseillère médicale (DRI)
- ◆ M^{me} Karine Istin, chef du département de pilotage de la comptabilité et de la facturation au sein de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP)
- ◆ M. Arnaud Pouillot, chef de service recette facturation au sein de la DEFIP
- ◆ Dr Namik Taright, médecin responsable de l'information médicale
- ◆ M^{me} Blanc, département d'information médicale
- ◆ Dr Claire Georges-Tarragano, hôpital Saint-Louis, directrice de la PASS

4.2. Centre hospitalier de Saint-Denis

- ◆ M. Jean Pinson, directeur
- ◆ Dr François Lhote, chef de service Médecine Interne, président de la CME
- ◆ M. Yohann Mourier, DA, directeur des affaires financières et du circuit des patients
- ◆ Dr Philippe Heurté, médecin, DIM du territoire Plaine de France
- ◆ Dr Mathias Wargon, chef du service des urgences
- ◆ M^{me} Chantal Millet, coordinatrice générale des soins
- ◆ M^{me} Marianne Harris, trésorière EPS
- ◆ M. Mourad Attar, responsable de facturation externe
- ◆ M^{me} Patricia Leconte attachée facturation
- ◆ M^{me} Caroline Barbereau, cadre socio-éducatif au service social
- ◆ M^{me} Patricia Lecourt, attachée de direction
- ◆ Dr Pascal Bolot, chef du pôle mère-enfant du service pédiatrie
- ◆ M^{me} Martine Mabiala, cadre de santé du service maternité
- ◆ L'équipe du département d'information médicale

4.3. Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

- ◆ M. Arnaud Vanneste, directeur général adjoint
- ◆ M^{me} Jennifer Huguenin, directrice des affaires financières
- ◆ M^{me} Sandrine Verdier, direction des affaires financières, secteur facturation
- ◆ Pr Laurent Boyer, direction de l'information médicale
- ◆ Dr Fanny Romain, praticien hospitalier, département d'information médicale, La Conception
- ◆ M^{me} Marie-Evelyne Boissieras, responsable bureau des entrées des soins externes, Conception
- ◆ M^{me} Isabelle Maltese, service social, La Conception
- ◆ M^{me} Hélène Olivier, directeur adjoint, La Timone

Annexe VI

- ◆ M^{me} Chloé Jamain, assistance sociale, La Timone, adultes
- ◆ M^{me} Céline Grenier, assistante sociale, La Timone, enfants
- ◆ M^{me} Muriel Schwartz, coordination des PASS Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- ◆ Dr Jérôme Borlot, médecin coordinateur des PASS adultes
- ◆ M^{me} Isabelle Pasquin, cadre socio-éducative, PASU

4.4. Hospices civils de Lyon

- ◆ M^{me} Laurence Caille, directrice-adjointe, direction des affaires financières, responsable du service de gestion des malades
- ◆ Dr Sandrine Couray-Targe, médecin responsable du département d'information médicale
- ◆ M^{me} Gaëlle Lambert, responsable suivi du recouvrement
- ◆ Dr Maude Berthier, hôpital Édouard Herriot, coordinatrice PASS
- ◆ M^{me} Catherine Mansart, hôpital Édouard Herriot, cadre supérieure responsable du secteur socio-éducatif, référente précarité.
- ◆ M^{me} Claire Mendes, hôpital Édouard Herriot, responsable du service de suivi des demandes d'AME
- ◆ Dr Émilie Kalbacher, hôpital Édouard Herriot, service d'hémodialyse
- ◆ M^{me} Clémence Roby Gensel, hôpital Édouard Herriot, service d'hémodialyse
- ◆ M^{me} Sylvie Petiot, hôpital Édouard Herriot, service d'hémodialyse

4.5. Coordinateurs régionaux des PASS

- ◆ Dr Albane Andrieu, coordinatrice PASS région Occitanie
- ◆ Dr Élisabeth Piegay, coordinatrice PASS région Auvergne-Rhône-Alpes
- ◆ Dr. Olivier Auzas, coordinateur PASS région Bourgogne-Franche-Comté
- ◆ Dr Barbara Bertini, coordinatrice PASS région Île-de-France
- ◆ Dr Rémi-Julien Laporte, coordinateur PASS région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

5. Autres organismes

5.1. Associations

- ◆ M^{me} Delphine Fanget, Médecins du Monde
- ◆ M^{me} Nathalie Godart, Médecins du Monde
- ◆ M^{me} Adeline Toullier, AIDES, directrice du plaidoyer
- ◆ M^{me} Caroline Izambert, AIDES, responsable plaidoyer et mobilisation citoyenne
- ◆ M. Hugo Si Hassen, fédération des acteurs de la solidarité
- ◆ M. Didier Maille, comité pour la santé des exilés (COMEDE)

5.2. Défenseur des droits

- ◆ M^{me} Anne du Quellenec, cheffe du pôle protection des droits, affaires publiques – droits fondamentaux des étrangers.

5.3. Comité consultatif national d'éthique

- ◆ Pr Jean-François Delfraissy, président, médecin
- ◆ M^{me} Marie-Christine Simon, directrice de l'information et de la communication

5.4. Conseil national de l'ordre des médecins

- ◆ Dr Gilles Munier, vice-président
- ◆ M^{me} Caroline Nicet-Blanc, juriste à la section exercice professionnel
- ◆ M. Francisco Jornet, directeur des services juridiques

5.5. Académie nationale de médecine

- ◆ Pr Pierre-François Plouin, secrétaire adjoint
- ◆ Pr Alfred Spira, membre

5.6. Fédération des médecins de France (union généraliste)

- ◆ Dr Claude Bronner, vice-président

5.7. Société francophone de transplantation

- ◆ Pr Yannick Le Meur, président, néphrologue au CHU de Brest

5.8. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants

- ◆ M^{me} Michele LeVoy, directrice
- ◆ M^{me} Alyna Smith, advocacy office

5.9. Équipe académique enquête « Premiers pas »

- ◆ M. Paul Dourgnon, directeur de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
- ◆ M^{me} Florence Jusot, professeure en sciences économiques, laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS), université Paris Dauphine

ANNEXE VII

Suivi des recommandations des précédents rapports

Annexe VII

N°	Proposition/recommandations	Suite données au 1/11/2019
1	Créer une carte spécifique présentant des caractéristiques techniques comparables à celle de la carte SESAME-vital mais d'apparence différente et sans pour autant en faire des assurés sociaux.	Titre d'admission sécurisé avec photographie mis en place par arrêté du 10 juillet 2009 et déployé à partir de 2010.
2	Contrôle et limitation de la délivrance de duplicata AME, papier non photocopiable pour attestation.	Mise en place d'une carte sécurisée en 2010.
3	Élaborer de règles de contrôle de ressources nationales.	Non mis en œuvre au niveau national .
4	Harmoniser l'élaboration de numéros provisoires pour les bénéficiaires de l'AME.	Carte sur papier filigrane sécurisé et harmonisation des NIR AME notamment avec le déploiement en cours d'un nouvel applicatif PAME.
5	Vérifier la condition de résidence ininterrompue depuis trois mois lors du renouvellement en matière de délivrance de duplicata d'attestation AME.	Mis en œuvre par lettre réseau en 2011.
7	Expérimenter la mise en place d'une attestation sécurisée avec photographie avant d'élaborer un modèle de formulaire national Cerfa.	Formulaire Cerfa et carte sécurisée utilisée depuis 2012.
8	Améliorer les contrôles des CPAM sur les soins urgents ; mieux filtrer les factures de soins urgents, en recherchant systématiquement l'existence d'une éventuelle couverture sociale d'un patient concerné avant inscription aux soins urgents.	Mise en place d'un contrôle a priori par l'instauration d'une obligation de demande préalable d'AME.
9	Proposer systématiquement une visite de prévention.	Expérimentation à St- Denis et Paris en 2010 abandonnée.
10	Passer à une attestation individuelle pour les mineurs.	Carte « enfant » sans photo utilisée au moment de la mission (oct 2019).
11	Créer deux actions dans le programme budgétaire n°183.	Mis en œuvre dans la LFSS 2011.
12	Améliorer le pilotage par une meilleure connaissance des bénéficiaires et une redéfinition des rôles respectifs de l'Etat et de la CNAMTS.	Pilotage attribué à la DSS (2012) qui anime le comité trimestriel (réunit seulement deux fois en 2018) ; arrêté du 6 mai 2008 prévoit des remontées trimestrielles et annuelles de données statistiques et convention État-CNAMTS au 1/1/2009.
13	Supprimer l'exigence d'un refus formel d'AME pour la facturation des prises en charge relevant du dispositif des « soins urgents ».	Non mis en œuvre.
14	Clarifier la procédure de traitement des demandes d'AME et préciser ses effets en cas de difficulté à compléter les dossiers, notamment pour ce qui concerne l'identité du patient.	Mis en place par la CNAM (lettre réseau de 2015) l'obligation de fournir l'ensemble de la copie des pièces d'identité et des passeports.
15	Facturer les soins hospitaliers au droit commun et non sur le tarif journalier de prestation.	L'article 50 de la loi de finances rectificative pour 2011 a aligné la tarification des soins hospitaliers des bénéficiaires de l'AME sur celle des assurés sociaux, qui est désormais fondée, pour les actes MCO, à hauteur de 80% sur les tarifs nationaux (GHS) et à hauteur de 20% sur les tarifs journaliers de prestation des hôpitaux (TJP).
16	Mettre en place un dispositif de suivi partagé État-Assurance maladie des séjours de soins urgents permettant d'identifier le cas échéant des tendances atypiques, et de diligenter si nécessaire des inspections conjointes dans les établissements concernés.	Non mis en œuvre.

Annexe VII

N°	Proposition/recommandations	Suite données au 1/11/2019
17	Aligner la tarification des « soins urgents » sur celle des séjours hospitaliers instaurée pour l'AME, avec un mécanisme permettant de compenser leurs surcoûts spécifiques	À partir du 1er janvier 2015 (LFSS 2015), le financement des hospitalisations des patients bénéficiaires des soins urgents suit les mêmes modalités que celui des patients bénéficiaires de l'AME
18	Assurer la compensation aux hôpitaux des surcoûts des séjours de soins urgents de préférence dans le cadre d'un dispositif de majoration de leurs tarifs révisable périodiquement	Non mis en œuvre
19	Aligner le délai de facturation des prestations de soins urgents sur le délai de droit commun d'un an ; à défaut, retenir le délai de deux ans actuellement en vigueur pour l'AME	Non mis en œuvre
20	Formaliser la procédure de traitement des demandes d'AME dans les situations où les patients sont susceptibles de bénéficier d'une couverture maladie au titre de leur pays d'origine ou d'un pays tiers, cette instruction devant incomber aux caisses d'assurance maladie	Mis en œuvre avec le CREIC en 2016
21	Encourager la mise en place d'accords partenariaux entre les CPAM et les établissements en vue de fluidifier le processus de facturation et de paiement des prestations de soins urgents	Mis en œuvre par la signature de conventions ad hoc CPAM Hôpitaux, mais pas dans tous les établissements
22	Instaurer un pré-numéro NIR pour les patients pris en charge en soins urgents	Non mis en œuvre
23	Rapprocher périodiquement les dépenses de soins urgents constatées des données d'activité issues du PMSI	Non mis en œuvre

ANNEXE VIII

Lettre de mission



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DE COMPTES PUBLICS

Les Directeurs de cabinet

N/Réf : D-19-015418

Paris, le 19 JUIN 2019

Note à l'attention de

Madame Marie-Christine LEPETIT
Cheffe de l'Inspection Générale des Finances

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Réflexion et propositions sur les dispositifs de l'aide médicale de l'État et des « soins urgents »

L'aide médicale de l'État (AME) et la prise en charge des « soins urgents » permettent de soigner les personnes démunies qui sont en situation irrégulière vis-à-vis du droit au séjour, en prenant en charge leurs soins essentiels.

Ces dispositifs répondent à un principe d'humanité (prendre en charge les soins urgents ou vitaux), à un objectif de santé publique (éviter la propagation d'épidémies) et à un objectif de pertinence de la dépense (prendre en charge les soins avant que les pathologies s'aggravent et deviennent plus chères à prendre en charge). Le Gouvernement confirme la pleine validité de ce principe et de ces objectifs.

Il apparaît toutefois nécessaire de veiller à une plus grande convergence européenne des conditions dans lesquelles les étrangers en situation irrégulière peuvent accéder au système social. En outre, alors que l'AME représente en 2019 un coût de 893 M€, des pistes de maîtrise de la dépense doivent être identifiées, comme pour toutes les autres politiques publiques.

Cela conduit à poser la question du périmètre du « panier » des soins pris en charge au titre de l'AME, qui est aujourd'hui relativement comparable à celui prévu pour la CMU-c. Dans ce cadre, nous vous demandons, pour le 26 juillet prochain, de nous proposer une analyse et des propositions sur ce sujet. Vous présenterez d'abord une analyse comparative européenne de la définition actuelle du panier de soins de l'AME. Puis, vous proposerez des options de resserrement de celui-ci, en conciliant le respect des principes d'humanité et de santé publique, avec l'objectif d'une plus grande convergence européenne en la matière.

Pourront ainsi être étudiés les prestations de transport sanitaire, certains actes médicaux techniques, les médicaments remboursés à 30%, certains dispositifs médicaux ou encore certains soins paramédicaux. Vous vous prononcerez également sur la possibilité de soumettre certains actes ou prestations à une procédure d'accord préalable.

.../...

Ce premier volet de vos travaux est attendu pour le 26 juillet.

Par ailleurs, nous vous demandons d'élargir ensuite vos réflexions à un second volet, portant sur l'objectivation de la dépense et les outils de maîtrise de l'AME et du dispositif « soins urgents ». Dans la continuité des travaux que vous avez menés en 2010, nous vous demandons de procéder à une évaluation des conditions dans lesquelles sont effectués les remontées de données, le contrôle et la gestion de ces dispositifs.

En effet, si des données détaillées sont fournies par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) concernant les bénéficiaires de l'AME, l'instruction des demandes, la nature des soins remboursés ainsi que les pathologies prises en charge en établissement public hospitalier en médecine-chirurgie-obstétrique, il n'en va pas de même concernant :

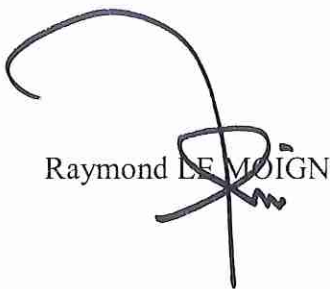
- le détail des soins dispensés en ville au-delà du niveau de détail par grand poste de dépense disponible actuellement ;
- l'appréciation qualitative des soins pris en charge en tant que « soins urgents » ainsi que le nombre de personnes en bénéficiant ;
- les données relatives à l'instruction des demandes aboutissant à une facturation au titre des « soins urgents », étant donné que le processus de facturation est soumis à une demande préalable d'AME, qui ne peut être distinguée des autres demandes d'AME ;
- certaines données concernant les bénéficiaires de ces dispositifs, telle que l'ancienneté dans le dispositif AME ; le nombre de personnes anciennement couvertes par l'assurance maladie et basculant à l'AME, et inversement.

La mise à disposition de ces éléments – et d'autres indicateurs éventuellement – permettrait de renforcer la transparence et le contrôle de ces dispositifs.

Les Inspections générales pourraient tirer les conséquences d'une telle évaluation en matière de gestion de ces dispositifs, concernant notamment les processus de prise en charge. Des pistes de simplification pourraient ainsi être dégagées, permettant toutefois de garantir un niveau de contrôles en cohérence avec les enjeux financiers.

Ce second volet de vos travaux est attendu pour la fin du mois d'octobre.

Nous vous remercions par avance de l'attention et de la diligence que vous apporterez à la mise en œuvre de cette mission dont les résultats sont attendus aux deux échéances précisées ci-dessus.



Raymond LE MOÏGN



Justine COUTARD