



Inspection générale des Finances

Inspection générale des affaires sociales

N°2006-M-085-02

RM2007-026P

Mission d'audit de modernisation

Rapport

sur

la gestion de l'aide médicale d'État

Établi par

Jack AZOULAY
Inspecteur des Finances

Dr Laurent CHAMBAUD
Inspecteur des affaires sociales

Henri HAVARD
Inspecteur des Finances

Delphine CORLAY
Inspectrice adjointe des affaires sociales

Philippe SOURLAS
Commissaire contrôleur des assurances

Sous la supervision de

Éric GISSLER
Inspecteur général des Finances

- Mai 2007 -

Synthèse

L'aide médicale d'État

Constats

Ministère de la santé et des solidarités

Audits de modernisation

1. Cadre de l'audit

- L'aide médicale d'État (AME) est un dispositif de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière instauré en 1999
- Cette prestation de solidarité est financée au moyen de crédits budgétaires à hauteur de 220 M€ en moyenne chaque année depuis 2000 pour une dépense moyenne de 326 M€
- l'AME « de droit commun », réservée aux étrangers irréguliers présents depuis au moins trois mois en France représente 89 % des dépenses. Cette prestation est gérée par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- À côté de ce dispositif, les soins urgents, mis en place en 2003, concernent les étrangers en situation irrégulière présents depuis moins de trois mois
- Enfin, l'AME « humanitaire », les évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion, les soins des personnes en situation irrégulière gardées à vue ou en rétention administrative sont également financés par l'enveloppe de l'AME.

2. Dysfonctionnements constatés

- Depuis 2000, la dépense facturée par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour l'AME de droit commun excède régulièrement et de manière significative la dotation budgétaire de l'État, ce qui a conduit à la constitution d'une dette dont le paiement est revendiqué par la CNAMTS.
- Absence de chef de file entre les directions chargées de la gestion des dispositifs
- Mise en œuvre très progressive et incomplète des réformes votées, conduisant notamment à l'absence d'attestation de droits nationale uniforme et sécurisée
- Différence de pratiques entre les CPAM notamment sur la gestion de l'AME complémentaire pour les étrangers quand la régularité de leur séjour s'achève

MINEFI - DGME - 2007

L'aide médicale d'État

Propositions

Ministère de la santé et des solidarités

Audits de modernisation

3. Recommandations

- Apurer la dette de l'État pour assainir la relation avec le CNAMTS
- Adapter les moyens financiers à la dépense réelle pour l'avenir (financement de 450 M€ annuels)
- Maintenir un dispositif spécifique pour les étrangers en situation irrégulière et écarter la fusion entre la CMU et l'AME
- Expertiser de manière approfondie la création d'une carte spécifique pour les bénéficiaires de l'AME permettant la télétransmission des feuilles de soins
- Simplifier le dispositif : suppression du mécanisme d'AME complémentaire.
- Mutualiser des bonnes pratiques notamment les attestations d'AME sur papier non photocopiable, et la politique restrictive en matière de délivrance de duplicata
- Aligner quand cela est possible les devoirs des bénéficiaires de l'AME sur ceux des assurés sociaux par la restriction de l'accès direct aux spécialistes et le paiement des médicaments en cas de refus de délivrance de génériques
- Mise en œuvre d'études régulières sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et leur mode de prise en charge
- Renforcement des contrôles des CPAM sur les soins urgents.

4. Impacts attendus et échéances

- Accès plus aisé à la médecine de ville des étrangers en situation irrégulière contribuant à l'amélioration de la santé publique, notamment pour certaines pathologies dont la prévalence est importante parmi les bénéficiaires de l'AME
- Amélioration du pilotage de l'AME par la confirmation de la direction de la Sécurité sociale comme chef de file, une rénovation du contenu de la convention de gestion prévue avec la CNAMTS et le renseignement des indicateurs de performance prévus dans le projet annuel de performance

MINEFI - DGME - 2007

CONTEXTURE DU PRESENT RAPPORT

=====

Observations de la mission

Première partie

Réponses des Directions et nouvelles remarques de la mission

Deuxième partie

PREMIERE PARTIE

Observations de la Mission

SYNTHESE

Parallèlement à la création de la CMU en 1999, a été mis en place un dispositif spécifique financé sur crédits budgétaires pour prendre en charge les soins des étrangers en situation irrégulière. Largement dépendante de la politique d'immigration, qui ne relève pas des ministères sociaux, l'aide médicale d'État (AME) fournit une couverture sociale, avec dispense totale d'avance de frais, à près de 200 000 étrangers en situation irrégulière. Outre le dispositif « de droit commun » géré par la CNAMTS pour le compte de l'État, qui représente 89 % de la dépense, l'enveloppe budgétaire de 233,5 M€ (montant inscrit en loi de finances initiale depuis 2003), finance des dispositifs complémentaires d'importance variable : les soins urgents des étrangers en situation irrégulière présents depuis moins de trois mois sur le territoire, l'AME « humanitaire », les évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion et les soins des personnes gardées à vues ou en rétention administrative. L'ensemble de ces dispositifs a fait l'objet d'investigations de la mission.

L'AME a souffert, dès sa création, de l'écart entre un coût prévisionnel sous-estimé qui a servi à déterminer les inscriptions de crédits en lois de finances et la dépense facturée par la CNAMTS. Les réformes de 2002 et 2003, mises en œuvre de manière très progressive et incomplète, n'ont pas permis de maîtriser la dépense.

Les investigations menées à la CNAMTS, dans plusieurs CPAM et hôpitaux, et l'analyse des procédures de gestion et circuits de facturation visaient à expliquer la dynamique de la dépense, à apprécier la réalité de la dette de l'État à l'égard de la CNAMTS et la pertinence d'ensemble du dispositif.

L'analyse des données statistiques de la CNAMTS montre que la hausse de la dépense est avant tout due à celle du nombre de bénéficiaires et que la dépense moyenne par bénéficiaire reste contenue. Cette dernière est assez proche de celle d'un assuré social (entre 1 800 € et 2 300 € pour les bénéficiaires de l'AME contre un peu moins de 1 800 € pour un assuré du régime général). L'écart s'explique principalement par un recours plus prononcé à l'hôpital public (près de 70 % de dépenses hospitalières) en raison d'un accès encore difficile à la médecine libérale. L'étude sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents hospitalisés, réalisée par la mission à partir des données de l'assistance publique-hôpitaux de Paris et de plusieurs hôpitaux visités, montre une sur-représentation de certaines pathologies (VIH, tuberculose, hépatite C), une proportion plus importante d'accouchements et une durée moyenne de séjour plus élevée, notamment pour les soins urgents.

Par ailleurs, la mission conclut que les dépenses facturées par la CNAMTS à l'État correspondent à des soins effectivement dispensés à des personnes répondant aux conditions d'éligibilité à l'AME. En effet, la gestion rigoureuse de la prestation par le délégataire limite les possibilités de fraude. De plus, la double facturation à l'assurance maladie des soins dispensés par les hôpitaux s'avère impossible.

La dépense est donc incontestablement plus importante que le montant des crédits budgétaires. En conséquence, la dette réclamée par la CNAMTS à l'État est due. Elle s'élève à environ 800 M€ au 30 septembre 2006 et devrait atteindre plus de 900 M€ fin 2006. Le rythme annuel de la dépense devrait avoisiner, en prenant l'hypothèse d'un nombre stable d'étrangers irréguliers, 500 M€ dont 450 M€ pour l'AME de droit commun, soit un déficit annuel d'un peu plus de 250 M€ par rapport au niveau actuel de financement. L'amélioration de la gestion de l'AME suppose au préalable de régler la question de la dette passée et d'éviter la constitution d'une dette future, soit par une mobilisation de crédits budgétaires supplémentaires, soit par l'affectation d'une recette fiscale de l'État à la CNAMTS.

La mission conclut à la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge. Elle écarte une restriction de l'AME aux seuls soins urgents ou à un panier de soins qui serait à définir, ainsi que la mise en œuvre d'un ticket modérateur qui se heurterait à des obstacles pratiques difficilement surmontables. Si l'irrégularité qui caractérise les bénéficiaires de l'AME rend difficilement envisageable une fusion de ce dispositif avec la CMU, la mission propose, sous réserve d'expertise approfondie, de créer une carte spécifique « AME » permettant la transmission informatique des données par les professionnels de santé aux CPAM. Cette carte sécuriserait le dispositif tout en facilitant l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires de l'AME.

Plusieurs recommandations visent à améliorer l'efficacité du dispositif, tout en tenant compte des particularités de la population éligible à l'AME. En effet, la clandestinité des bénéficiaires et le caractère invérifiable de leurs ressources rendent inapplicables le parcours de soins et les contraintes qu'il impose aux patients. Néanmoins, la mission propose un rapprochement des devoirs des bénéficiaires de l'AME de ceux des assurés sociaux en limitant l'accès direct aux médecins spécialistes et en pénalisant le refus de médicament générique. Au regard de l'état de santé des bénéficiaires, l'organisation d'une visite de prévention ciblée sur des risques spécifiques est préconisée. Par ailleurs, la suppression de la notion d'ayant-droit permettrait la prise en charge sans condition des enfants, conformément à la décision du Conseil d'État du 7 juin 2006.

Enfin, le pilotage du dispositif par l'État est actuellement peu efficace du fait de l'absence de direction exerçant pleinement le rôle de chef de file. En outre, les débats entourant le montant de la créance de la CNAMTS à l'égard de l'État ont limité la capacité des directions du ministère de la santé et des solidarités à négocier avec l'opérateur.

Dès lors, les réformes proposées par la mission doivent s'accompagner d'une clarification des rôles. D'une part, la CNAMTS doit être confortée dans son rôle d'opérateur de l'État et sa responsabilité dans la gestion des soins urgents reposera sur la confirmation du caractère forfaitaire de l'enveloppe définie par l'État. D'autre part, la direction de la sécurité sociale, responsable du programme AME, doit constituer l'interlocuteur privilégié de la CNAMTS en matière d'AME dans la négociation d'une convention de gestion renouvelée et enrichie.

SOMMAIRE

I. L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION IRREGULIERE ENGENDRE DES DEPENSES DONT LE NIVEAU S'EXPLIQUE PAR LES SPECIFICITES DE CETTE POPULATION	4
A. L' AIDE MEDICALE D'ÉTAT PERMET A PRES DE 200 000 ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE D' AVOIR ACCES AU SYSTEME DE SOINS	4
1. L'AME fournit une couverture médicale gratuite aux personnes en situation irrégulière qui résident en France de façon stable	4
2. La montée en charge rapide du nombre de bénéficiaires a conduit à resserrer les conditions d'accès au dispositif	5
3. L'accès facilité à la médecine de ville se heurte au problème des refus de soins	6
B. LES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE NON COUVERTS PAR L' AME, DONT LE NOMBRE EST INCONNU, SE FONT SOIGNER A L' HOPITAL PUBLIC OU DANS DES STRUCTURES ASSOCIATIVES	8
1. La population éligible à l'AME dépasse le nombre de bénéficiaires actuels	8
2. Un dispositif spécifique couvre les soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent prétendre à l'AME	9
3. Les hôpitaux et des structures associatives soignent ceux qui s'y présentent et facilitent l'accès aux droits	9
C. LES CARACTERISTIQUES MEDICALES DES BENEFICIAIRES DE L' AME, MISES EN LUMIERE PAR LA MISSION, JUSTIFIENT LEUR PRISE EN CHARGE	11
1. Les besoins de santé de la population couverte par l'AME sont mal connus	11
2. L'étude des pathologies des bénéficiaires de l'AME hospitalisés confirme la nécessité d'une prise en charge	12
D. L' AME REPRESENTE UNE DEPENSE D' ENVIRON 400 M€ PAR AN, MAL MAITRISEE SEULEMENT EN APPARENCE	14
1. La dépense liée à l'AME connaît en apparence une croissance irrégulière	14
2. L'augmentation de la dépense par année de soins s'explique par celle du nombre de bénéficiaires	15
3. La dépense moyenne par bénéficiaire reste contenue	16
II. L'AME SOUFFRE D'UN CADRE JURIDIQUE INABOUTI ET D'UN DEFICIT DE GOUVERNANCE	18
A. LA VOLONTE DE MAITRISE L' EVOLUTION DU DISPOSITIF SE HEURTE A DES OBSTACLES JURIDIQUES ET OPERATIONNELS	18
1. Le législateur a mis en place un dispositif comparable à celui de la CMU sans reconnaître aux bénéficiaires de l'AME le statut d'assuré social	18
2. Les dispositions législatives et réglementaires peinent à être mises en œuvre	19
B. LES RELATIONS ENTRE L' ÉTAT ET LA CNAMTS PATISSENT D' UN MANQUE DE PILOTAGE	21
1. L'AME est un dispositif dont aucune direction du ministère de la santé et des solidarités ne souhaite assumer le pilotage	21
2. L'État a confié la gestion de l'AME à la CNAMTS sans lui fixer d'objectifs clairs ni suivre de près son activité	22
3. Les difficultés de gouvernance sont particulièrement marquées pour les soins urgents	23

III. LA QUALITE DE LA GESTION DU DISPOSITIF, MALGRE LES SPECIFICITES DE LA POPULATION CONCERNEE, CONDUIT A VALIDER L'ESSENTIEL DE LA DETTE DE L'ÉTAT VIS-A-VIS DE LA CNAMTS	24
A. LA GESTION DE L'AME SE HEURTE AUX PARTICULARITES DE SES BENEFICIAIRES ET A LA COMPLEXITE DE LA LEGISLATION	24
1. <i>Les difficultés de gestion liées aux caractéristiques des bénéficiaires.....</i>	24
2. <i>Les basculements entre AME et CMU sont mal quantifiés et mal maîtrisés.....</i>	25
B. LA GESTION DE L'AME PAR LA CNAMTS EST DANS L'ENSEMBLE SATISFAISANTE	28
1. <i>La procédure d'ouverture des droits est gérée rigoureusement par les hôpitaux et les CPAM</i>	28
2. <i>Les factures AME sont intégrées dans les contrôles mis en œuvre par les CPAM</i>	28
3. <i>La mission a relevé des bonnes pratiques qui ne sont pas mutualisées</i>	29
C. LA DETTE RECLAMEE PAR LA CNAMTS A L'ÉTAT, QUI S'ELEVE A 800 M€ AU 30 SEPTEMBRE 2006, EST DUE.....	30
1. <i>La dette de l'État résulte de l'insuffisance de crédits en loi de finances depuis 2000.....</i>	30
2. <i>La dette de l'État au titre de l'AME de droit commun s'élève à 800 M€.....</i>	30
IV. LE MAINTIEN JUSTIFIE D'UN DISPOSITIF SPECIFIQUE N'EMPECHE PAS L'AMELIORATION DE SA GESTION ET UNE REFORME DE SON FINANCEMENT	31
A. MALGRE LES INCONVENIENTS QU'IL INDUIT, LE MAINTIEN D'UN DISPOSITIF SPECIFIQUE POUR LES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE SEMBLE INEVITABLE	32
1. <i>Une fusion de l'AME et de la CMU doit être écartée</i>	32
2. <i>Attribuer une carte spécifique aux bénéficiaires de l'AME, sans pour autant en faire des assurés sociaux, pourrait constituer une solution efficace</i>	33
B. SI LES SOURCES D'ECONOMIE POTENTIELLES SONT LIMITEES, L'EFFICIENCE DE L'AIDE MEDICALE D'ÉTAT PEUT ETRE AMELIOREE.....	34
1. <i>Aucune économie substantielle n'est envisageable.....</i>	34
2. <i>Des marges d'amélioration de l'efficacité demeurent.....</i>	36
C. LE DISPOSITIF POURRAIT ETRE SIMPLIFIE	40
1. <i>La résolution de la problématique des mineurs suppose de passer à une attestation individuelle.....</i>	40
2. <i>La possibilité de prise en charge au titre de l'AME pour la seule part complémentaire devrait être supprimée.....</i>	40
3. <i>Le dispositif des soins urgents doit être revu, sans pour autant renoncer au caractère forfaitaire de l'enveloppe allouée par l'État</i>	41
4. <i>La répartition des crédits pourrait être clarifiée en créant deux actions dans le programme budgétaire.....</i>	42
D. RESOUDRE LES DIFFICULTES DE FINANCEMENT CONSTITUE UN PREALABLE A L'AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE	42
1. <i>Désendetter l'État pour assainir la relation avec la CNAMTS.....</i>	42
2. <i>Améliorer le pilotage par une meilleure connaissance des bénéficiaires et une redéfinition des rôles respectifs de l'État et de la CNAMTS.....</i>	43

INTRODUCTION

L'aide médicale d'État (AME) est un dispositif de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière instauré par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Il remplace, pour cette population, le dispositif d'aide médicale gratuite (AMG)¹ qui finançait antérieurement les dépenses liées aux soins délivrés aux personnes non affiliées automatiquement à l'assurance maladie, qu'elles soient en situation régulière ou non.

Ainsi, l'existence d'un dispositif destiné à soigner les personnes en situation irrégulière ne constitue pas une nouveauté. Il doit s'analyser comme une conséquence inéluctable de la présence, plus ou moins durable sur le territoire national, d'étrangers en infraction au regard du droit du séjour.

L'AME répond à un **double objectif humanitaire et de santé publique**, afin notamment d'éviter la propagation de maladies transmissibles. Cette prestation de solidarité est financée au moyen de crédits budgétaires à hauteur de 258 M€ en moyenne chaque année depuis 2000². Elle constitue une action du programme budgétaire n°183 « protection maladie »³, dont elle représente 58,5 % des crédits de paiement pour 2006⁴. Le responsable de ce programme est le directeur de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la santé et des solidarités tandis que le budget opérationnel de programme (BOP) est géré par la direction générale de l'action sociale (DGAS) du même ministère.

L'enveloppe budgétaire destinée à l'AME couvre en fait un ensemble de dispositifs dont l'objet réside dans la prise en charge des populations n'ayant pas accès aux prestations de l'assurance maladie. Ainsi, coexistent aux côtés de l'AME « de droit commun », gérée par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), plusieurs dispositifs d'importance variable : procédure dite des « soins urgents », AME « humanitaire », évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion, soins des personnes gardées à vue ou en rétention administrative (cf. annexe VII). La mission les a inclus dans le périmètre de son étude, même si les investigations se sont focalisées sur l'AME de droit commun, qui représente en moyenne 89 % de la dépense annuelle de l'enveloppe.

Depuis 2000, la dépense facturée par la CNAMTS pour l'AME de droit commun excède régulièrement et de manière significative la dotation budgétaire de l'État, ce qui a conduit à la constitution d'une dette revendiquée par la CNAMTS, qui en supporte le coût. Le ministère de la santé et des solidarités et le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie ne s'accordent pas sur le montant des crédits nécessaires pour financer l'AME, le second s'interrogeant sur la réalité de la dépense imputable à l'AME.

¹ Créé en 1953 et transféré en 1984 aux départements dans le cadre de la décentralisation.

² Crédits ouverts en lois de finances initiales et en loi de finances rectificatives.

³ Ce programme fait partie de la mission « solidarité et intégration ».

⁴ Les autres actions du programme sont l'accès à la protection maladie complémentaire (114 M€) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (50 M€).

Dans ce contexte, les objectifs assignés à la mission⁵ consistaient à :

- évaluer le **coût réel** du dispositif et le cas échéant la dette due à la CNAMTS ;
- analyser les **facteurs de la dynamique de la dépense** au regard notamment des modifications juridiques intervenues depuis 2002 et comparer la dépense prise en charge *via* l'AME à la consommation d'un assuré du régime général ;
- étudier les **conditions de gestion** de l'AME, le degré de fiabilité de la facturation par les établissements de santé et l'assurance maladie et apprécier la **pertinence d'ensemble** du dispositif ;
- examiner les conditions **d'optimisation**, d'amélioration de l'efficacité et de financement de cette prestation.

Dans ce cadre, la mission a rencontré l'ensemble des administrations centrales ayant à connaître de l'AME et de ses sujets connexes, la direction de la CNAMTS, ainsi que des associations s'intéressant particulièrement à la population des bénéficiaires de l'AME et l'ordre national des médecins⁶. Afin d'étayer ses constats et de fonder ses propositions⁷, elle a procédé à des investigations dans quatre départements qui, compte tenu de la concentration géographique des bénéficiaires de l'AME, représentent 53,8 % des bénéficiaires et 52,6 % de la dépense au 31 décembre 2005 :

- Paris (61 995 bénéficiaires et 124,85 M€ de dépenses) ;
- Seine-Saint-Denis (24 780 bénéficiaires et 48,42 M€ de dépenses) ;
- Bouches-du-Rhône (8 209 bénéficiaires et 22,75 M€ de dépenses) ;
- Seine-Maritime (1 240 bénéficiaires et 2,15 M€ de dépenses).

Dans chacun de ces départements, la mission a rencontré le personnel concerné des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des centres hospitaliers importants, ainsi que, dans certains départements, celui des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), des associations, d'un centre communal d'action sociale, d'un dispensaire et des représentants de médecins. Elle a également pu s'entretenir directement avec des demandeurs d'AME. Par ailleurs, la mission a procédé à des entretiens téléphoniques pour appréhender la situation qui prévaut en Guyane, en Guadeloupe, à La Réunion et à Mayotte. Ces éclairages spécifiques étaient rendus nécessaires par les montants mobilisés à la fois pour l'AME de droit commun et, dans certains cas (Guyane et Guadeloupe) pour la procédure des soins urgents.

⁵ Cf. fiche de présentation de l'audit en annexe I.

⁶ Cf. liste des personnes entendues par la mission en annexe II.

⁷ Un tableau synthétique des propositions de la mission figure en annexe III.

Le présent rapport est accompagné de huit annexes, qui concernent notamment :

- la difficulté de cerner précisément la population éligible à l'AME et le nombre d'étrangers en situation d'irrégularité au regard du droit du séjour (annexe IV) ;
- l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et du dispositif des soins urgents (annexe V), appréhendé essentiellement par une exploitation des programmes médicalisés des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux visités par la mission ;
- la gestion administrative des bénéficiaires et la facturation au titre de l'AME (annexe VI) ;
- la description des dispositifs pris en charge sur l'enveloppe budgétaire de l'AME hors AME de droit commun (annexe VII).

Le rapport traite successivement de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière (I), de la gouvernance du dispositif (II) et de sa gestion (III). Enfin, la dernière partie (IV) présente les propositions de la mission.

I. L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION IRREGULIERE ENGENDRE DES DEPENSES DONT LE NIVEAU S'EXPLIQUE PAR LES SPECIFICITES DE CETTE POPULATION

A. L'aide médicale d'État permet à près de 200 000 étrangers en situation irrégulière d'avoir accès au système de soins

1. L'AME fournit une couverture médicale gratuite aux personnes en situation irrégulière qui résident en France de façon stable

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) a permis d'assurer l'universalité de l'assurance maladie obligatoire. Elle instaure l'affiliation au régime général des personnes non affiliées à un autre régime. Cette affiliation est subordonnée à un critère de stabilité et de régularité de la résidence sur le territoire national. Le bénéfice des prestations en nature du régime général est alors gratuit en deçà d'un certain seuil de revenu⁸. Face aux difficultés d'accès, pour les personnes aux revenus faibles, aux assurances, mutuelles et organismes de prévoyance prenant en charge la part complémentaire non couverte par l'assurance maladie obligatoire, la même loi a créé la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), elle aussi gratuite⁹.

La condition de régularité du séjour demeure à la base de notre système de sécurité sociale. La loi créant la CMU et la CMUc a en effet introduit l'article L. 380-1 posant la condition de régularité sur le territoire français : « *toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité* ». Cette condition de régularité reprend les principes inscrits dans le Code de la sécurité sociale qui posent, d'une part, la condition de régularité du séjour¹⁰ pour l'affiliation à un régime de sécurité sociale obligatoire et, d'autre part, l'obligation des organismes de vérifier périodiquement que les assurés étrangers y satisfont¹¹.

Pour autant, des étrangers en situation irrégulière sont présents sur le territoire français et connaissent des besoins de santé non couverts par la CMU. La même loi du 27 juillet 1999, a donc créé parallèlement un **dispositif d'aide sociale**, inscrit au Code de l'action sociale et des familles (CASF), dont bénéficient, sous condition de ressources, les seuls étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale.

⁸ Le plafond de revenu annuel pour une personne seule a été fixé à 7 083 € par l'arrêté du 5 juillet 2006 pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007. Au-delà de ce plafond, les cotisations s'élèvent à 8 % des revenus fiscaux de l'année.

⁹ L'accès est réservé aux personnes dont les revenus n'excède pas un plafond mensuel de ressources fixé à 593,28 € pour une personne seule résidant en métropole (au 1^{er} juillet 2006) - article D. 861-1 du Code de la sécurité sociale, pris en application de l'article L. 861-1 du même Code

¹⁰ Article L. 115-6 du Code de la sécurité sociale : « *les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France [...]* ».

¹¹ Article L. 115-7 du Code de la sécurité sociale : « *les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale [...] sont tenus de vérifier lors de l'affiliation et périodiquement que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France [...]* ».

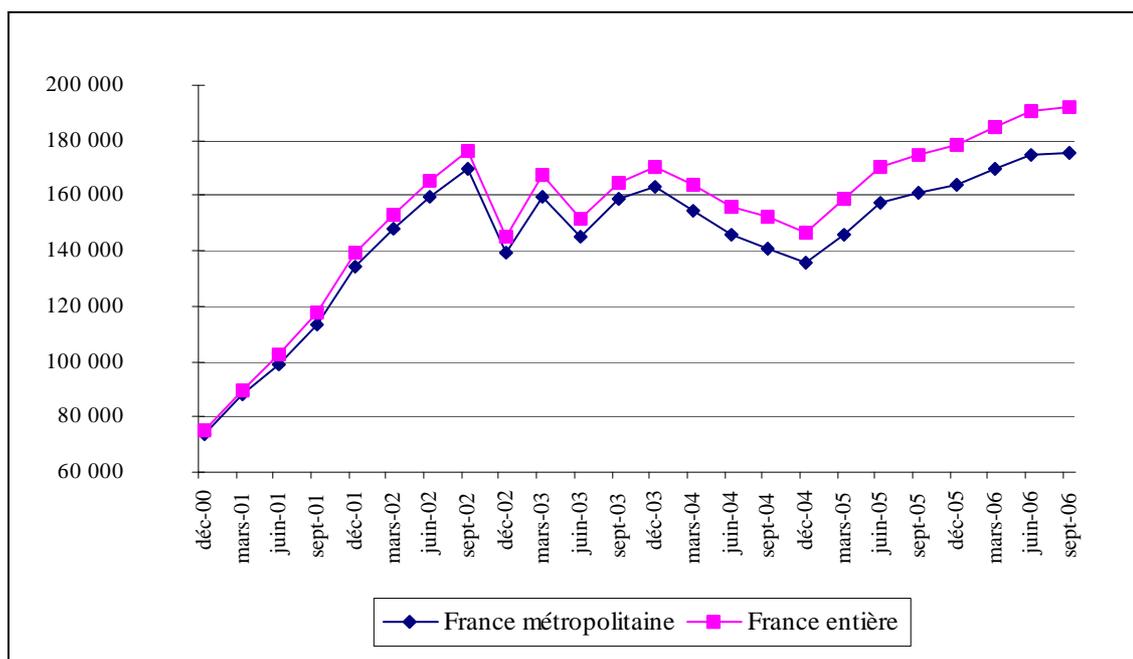
L'AME permet à ses bénéficiaires l'accès aux prestations en nature de l'assurance maladie¹² pour la part obligatoire et complémentaire et prévoit une dispense totale d'avance de frais. Aucune part (ticket modérateur) n'est laissée à la charge du patient. Les soins pris en charge sont proches de ceux dont bénéficient les personnes couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire (à l'exception cependant des prothèses, des soins dentaires et des soins d'optique – cf. *infra* § II, A, 2).

L'AME constitue donc un dispositif spécifique fondé sur la constatation de l'irrégularité du séjour et financé exclusivement par des crédits budgétaires, à la différence du régime général (donc de la CMU), financé par les cotisations des employeurs et des salariés auxquelles s'ajoutent des impôts et taxes affectés et de la CMUc, dont le financement se répartit entre crédits budgétaires, recettes fiscales transférées par l'État, contributions des organismes complémentaires et dotation de la CNAMTS.

2. La montée en charge rapide du nombre de bénéficiaires a conduit à resserrer les conditions d'accès au dispositif

Fin septembre 2006, l'AME prend en charge près de 192 000 bénéficiaires. L'observation de l'évolution de ce nombre depuis la création du dispositif fait apparaître trois phases, avec tout d'abord une montée en charge très rapide lors des deux premières années, puis une stabilisation du nombre de bénéficiaires et enfin une reprise de la hausse dans les années 2005 et 2006.

Graphique 1 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME



Source : CNAMTS

La progression du nombre de bénéficiaires depuis 2000 peut s'expliquer par la montée en charge d'un nouveau dispositif et les variations du nombre d'étrangers en situation irrégulière.

¹² Et non aux prestations en espèces (indemnités journalières).

Ainsi, la montée en charge initiale provient vraisemblablement en grande partie de la prise de connaissance progressive du dispositif. La mise en place simultanée de la CMU, qui couvre plus de cinq millions d'assurés¹³, a en effet concentré l'attention des acteurs de terrain.

Les conditions d'ouverture des droits à l'AME reposent depuis l'origine du dispositif sur une vérification de l'identité, des ressources et de la résidence en France. Toutefois, ces conditions étaient initialement peu restrictives puisque les déclarations sur l'honneur étaient acceptées pour l'identité, les ressources et le domicile, ainsi que le souligne le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de février 2003¹⁴.

L'évolution du nombre de bénéficiaires au cours des premières années de l'AME a ainsi conduit à un **durcissement des conditions d'accès à l'AME à partir de 2002** :

- la loi de finances rectificative (LFR) n°2002-1576 pour 2002 du 30 décembre 2002 a introduit le principe d'un ticket modérateur, qui n'a toutefois pas été appliqué et n'a donc pas d'effet sur la courbe ci-dessus ;
- depuis la LFR n°2003-1312 pour 2003 du 30 décembre 2003, une condition de résidence ininterrompue sur le territoire de trois mois est exigée, ce qui se traduit par une baisse du nombre de bénéficiaires au cours de l'année 2004 ;
- le respect des conditions légales fait l'objet d'un contrôle renforcé depuis la publication de deux décrets du 28 juillet 2005¹⁵, qui ont mis fin aux déclarations sur l'honneur à l'exception de celle portant sur la condition de ressources.

La hausse du nombre de bénéficiaires depuis le début de l'année 2005 peut être mise en relation avec **l'accélération du traitement des demandes d'asile**¹⁶. Les déboutés, dont on peut penser qu'une proportion significative se maintient sur le territoire en situation irrégulière, sont en effet pour la plupart éligibles à l'AME, et pourraient constituer jusqu'à 20 000 nouveaux bénéficiaires potentiels de l'AME entre 2005 et 2006.

La mission n'a toutefois pu quantifier de façon plus précise l'impact des réformes législatives et réglementaires intervenues au cours des dernières années, du fait de leur mise en œuvre progressive (cf. *infra* § II, A, 1) et de l'impossibilité à déterminer l'évolution globale du nombre de personnes en situation irrégulière (cf. annexe IV).

3. L'accès facilité à la médecine de ville se heurte au problème des refus de soins

L'accès aux soins ambulatoires a subi des modifications importantes depuis la mise en place des dispositions prévues dans la LFR pour 2002 : la condition de durée de présence en France ininterrompue de trois ans auparavant exigée pour la prise en charge par l'AME des soins de ville a été supprimée, permettant ainsi un accès direct à la médecine libérale pour tout patient bénéficiaire de l'AME.

¹³ Au 31 décembre 2005, 4,7 millions de personnes étaient affiliées à la CMUc et 1,7 million à la CMU (*source* : DREES).

¹⁴ Le rapport IGAS n°2003-022 sur l'évolution de l'AME de Mme Blanche GUILLEMOT et M. François MERCEREAU critique en effet la pratique des déclarations sur l'honneur.

¹⁵ Décret n°2005-859 relatif à l'aide médicale d'Etat et décret n°2005-860 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME.

¹⁶ Le temps moyen de traitement appel compris, évalué à 30 mois avant la réforme du droit d'asile introduite par la loi n°2003-1176 du 10 décembre 2003, a été ramené à 13,6 mois au 30 juin 2006 (*source* : rapport CICI décembre 2006).

L'impact de cette mesure a été atténué par le fait qu'elle était déjà mise en place de manière expérimentale à Paris et en Seine-Saint-Denis avant cette date. Or, ces deux départements concentrent près de la moitié des bénéficiaires de l'AME. Elle a toutefois permis **d'améliorer légèrement l'accès des bénéficiaires de l'AME à la médecine de ville**, ainsi que le montre le tableau suivant.

Tableau 1 : Évolution des dépenses de médecine ambulatoire des bénéficiaires de l'AME

	2001	2002	2003	2004	2005	Variation 2005/2001
Part des dépenses de médecine ambulatoire ¹⁷ dans le total des dépenses facturées	9,4 %	10,5 %	10,0 %	12,6 %	11,6 %	23,40 %
Dépenses de médecine ambulatoire par bénéficiaire de l'AME	161,26 €	234,26 €	306,47 €	344,94 €	255,24 €	58,28 %

Source : Calcul de la mission à partir de données de la CNAMTS

Les données dont dispose par ailleurs la mission permettent d'évaluer autour de quatre le nombre annuel moyen de visites en médecine de ville de chaque consommant de l'AME contre environ le double pour les assurés sociaux¹⁸.

Pour autant, l'accès à la médecine ambulatoire reste problématique pour ces patients, du fait de la réticence de certains médecins à les accueillir. C'est ce qu'a révélé le test de discrimination effectué récemment par l'association *Médecins du monde*¹⁹. Les résultats indiquent un **taux de refus global de 37 %** (près de quatre fois supérieur au refus de soins pour les patients bénéficiaires de la CMU, qui est de 10 %). Ce taux atteint même 59 % pour les généralistes de secteur 2.

Les résultats de ces enquêtes sont corroborés par des entretiens de la mission avec des représentants de la profession médicale. Les modalités administratives de règlement de la consultation pour un patient AME apparaissent complexes pour les professionnels de santé en médecine de ville (médecins libéraux et officines pharmaceutiques notamment). Elles reposent en effet sur des feuilles de soins papier ou sur une télétransmission en mode dégradé²⁰ (même si du fait de problèmes techniques et du nombre de rejets de factures qui en découlent, la CPAM de Marseille déconseille par exemple aux médecins libéraux de recourir à ce mode de transmission).

Bien que les feuilles de soins papier soient traitées dans le flux (en moins d'une quinzaine de jours en moyenne), les représentants de médecins rencontrés font part de délais de remboursements parfois plus longs. En outre, ils doivent régulièrement renvoyer des documents à la CPAM pour préciser les données administratives de patients qu'ils ne sont pas nécessairement amenés à revoir.

À la demande de la mission, la CNAMTS a lancé une étude des délais de remboursement et des rejets des feuilles de soins AME par les CPAM²¹.

¹⁷ Médecine ambulatoire : visites, consultations, actes techniques, honoraires dentaires, transports sanitaires, soins infirmiers, etc.

¹⁸ La dépense moyenne d'honoraires médicaux et dentaires s'élève à 117 € pour les consommateurs de l'AME contre 248 € pour les assurés sociaux (source : CNAMTS).

¹⁹ *Médecins du Monde*, coordination Mission France : « test de discrimination sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans dix villes de France » - novembre 2006.

²⁰ La télétransmission en mode dégradé repose sur la saisie des données du patient par le médecin sur son terminal en l'absence de carte Vitale.

²¹ Étude auprès des CPAM de Nice, Marseille, Paris, Melun, Évry, Nanterre, Créteil et Versailles représentant 105 195 bénéficiaires au 31 décembre 2005 soit 59 % du nombre de bénéficiaires de l'AME pour la France entière (64 % du seul territoire métropolitain) et 80 % des affiliés à la CMU au 31 décembre 2006.

Pour les remboursements, les premiers résultats ont mis en lumière **un délai moyen de traitement des feuilles de soins AME de moins de sept jours dans 90 % des cas** contre 90 % des feuilles traitées en moins de 14 jours pour l'ensemble des tiers-payants. **Ainsi, le remboursement des feuilles de soins des bénéficiaires de l'AME apparaît plus rapide que celui des autres assurés, dès lors qu'il ne s'agit pas de feuilles de soins télétransmises.**

En revanche, le taux de rejet brut des feuilles de soins des bénéficiaires AME s'établit à 12,4 % contre 8,7 % pour les feuilles de soins papier de l'ensemble des assurés²². **Le taux de rejet des feuilles de soin des bénéficiaires de l'AME apparaît donc sensiblement plus élevé que pour les feuilles de soins des assurés sociaux.** Ce taux de rejet non négligeable s'explique principalement par les difficultés d'identification des bénéficiaires par les professionnels de santé ou les caisses. Par ailleurs, les cas de rupture des droits AME (échéance dépassée, absence de réponse aux relances), pour lesquels aucun règlement n'est possible tant que les droits ne sont pas renouvelés, sont estimés par les CPAM à environ 10 % du nombre de feuilles présentées. Dans la mesure où les caisses retraitent une partie des rejets, le taux de retour net des feuilles de soins vers les professionnels de santé, qui traduit la part de créances difficilement recouvrables, peut être estimé entre 5 % et 6 % des flux.

La mission a également demandé aux CPAM visitées d'identifier **la répartition des bénéficiaires de l'AME entre médecins libéraux.** Malgré les difficultés rencontrées par les médecins et les refus de soins mentionnés *supra*, ces études fournissent des indications sur les modalités d'accès à la médecine de ville des bénéficiaires de l'AME :

- un nombre non négligeable de médecins voit au moins une fois un bénéficiaire de l'AME dans l'année : 64 % des généralistes et 36 % des spécialistes à Bobigny par exemple (soit 57 % de l'ensemble) ;
- une faible part de médecins concentre un nombre important de visites des patients AME : en Seine-Saint-Denis, 10,3 % des médecins généralistes ont effectué plus de 100 consultations pour des bénéficiaires de l'AME au cours de l'année 2005 ; à Paris, ce sont 5,5 % des médecins qui ont réalisé plus de 100 actes à l'égard de bénéficiaires de l'AME en 2005. A l'inverse, 58 % des médecins parisiens ont réalisé moins de cinq actes sur des patients AME pendant l'année 2005.

B. Les étrangers en situation irrégulière non couverts par l'AME, dont le nombre est inconnu, se font soigner à l'hôpital public ou dans des structures associatives

1. La population éligible à l'AME dépasse le nombre de bénéficiaires actuels

Toute la population éligible à l'AME n'engage pas spontanément une démarche d'ouverture de droits. Le manque d'information, le souhait de rester anonyme, la difficulté à constituer un dossier et en particulier à collecter les pièces justificatives nécessaires expliquent que les personnes en situation irrégulière procèdent rarement à une demande d'AME avant d'avoir un besoin de soins.

²² Taux de rejet des feuilles de soin électroniques pour l'ensemble des assurés : 1,5 % - Tous flux : 3,8 %.

Le nombre de personnes éligibles à l'AME qui ne font pas valoir leur droit est extrêmement difficile à chiffrer, dans la mesure où elles se trouvent en situation de clandestinité. Il n'existe pas de consensus sur le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire²³. Les seules analyses possibles de cette population se limitent à l'étude d'indicateurs dont l'évolution contrastée rend l'interprétation difficile.

Il apparaît donc à la fois impossible d'estimer précisément la population susceptible de bénéficier aujourd'hui de l'AME et d'établir une projection sur l'évolution à terme à la hausse ou à la baisse du nombre de bénéficiaires, qui dépend à la fois de la politique de contrôle aux frontières, de l'importance des reconduites et des éventuelles régularisations, comme celle opérée de manière sélective à l'été 2006 (cf. annexe IV).

2. Un dispositif spécifique couvre les soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent prétendre à l'AME

L'introduction par la LFR 2003 d'une condition de résidence ininterrompue de trois mois pour accéder à l'AME s'est accompagnée de la mise en place d'un dispositif pour couvrir les soins « 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 de l'enfant à naître » des étrangers en situation irrégulière ne remplissant pas les conditions d'éligibilité à l'AME.

Ce dispositif, décrit plus précisément dans l'annexe VII, concerne les soins délivrés en urgence, exclusivement à l'hôpital, à des personnes qui ne remplissent pas les conditions pour obtenir l'AME. Cependant, pour les mineurs non éligibles à l'AME, tous les soins reçus à l'hôpital sont couverts par cette procédure. **Le périmètre des soins pris en charge reste limité et le nombre de personnes concernées faible**, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 2 : Nombre de patients AME et « soins urgents » dans les hôpitaux visités

Ville	Centre hospitalier	AME en 2005 (1)	Données	Soins urgents en 2004 (2)	Données	Ratio (2/1)
Paris	Lariboisière-Fernand Widal	1 644	Patients	73	Patients	4,44 %
Bobigny	Avicenne	967		150		15,51 %
Assistance publique-hôpitaux de Paris		28 477	Titres	1 197	Titres	4,20 %
Assistance publique-hôpitaux de Marseille		3 435	Patients	53	Titres	1,54 %
Rouen	Charles Nicolle	418	Patients	19	Patients	4,55 %

Source : Centres hospitaliers

En l'absence de définition précise des soins relevant de ce dispositif, chaque hôpital a dû déterminer son périmètre. Pour les soins n'entrant pas dans le cadre arrêté, il reporte la prise en charge médicale (en demandant aux patients de se présenter à nouveau lorsqu'ils rempliront la condition de résidence ininterrompue de trois mois) ou oriente exceptionnellement ces patients sans couverture sociale vers une structure associative, ainsi que la mission l'a constaté à Marseille.

3. Les hôpitaux et des structures associatives soignent ceux qui s'y présentent et facilitent l'accès aux droits

Les personnes qui n'ont accès à aucun droit peuvent se faire soigner aux urgences hospitalières ou dans certaines structures associatives comme *Médecins du monde*, *Médecins sans frontière* ou encore le *Comité médical pour les exilés* (COMEDE).

²³ Cf. annexe IV.

Les hôpitaux et les associations assurent une prise en charge médico-sociale, en facilitant l'accès au droit :

- certains établissements hospitaliers ont mis en place, dans le cadre de la loi n°98-657 de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces cellules de prise en charge médicale et sociale destinées au public en situation de précarité s'appuient sur le travail d'assistantes sociales et permettent de faciliter l'accès au droit en assurant un travail d'information, d'orientation et d'aide à la constitution de dossiers de demande de droits. Un rapport d'évaluation de ces structures montre que la moitié des personnes orientées vers les PASS était de nationalité étrangère²⁴, en situation régulière ou irrégulière ;
- des associations complètent le dispositif de prise en charge médico-sociale des publics précaires. Elles orientent et soignent, dans la limite de leurs moyens, des étrangers en situation irrégulière insuffisamment informés des dispositifs de couverture sociale existants ou qui ne souhaitent pas sortir d'une situation de clandestinité. La quasi-totalité des patients (93,7 %) ayant fait l'objet d'une première consultation chez *Médecins du monde* en 2005 par exemple n'avait aucun droit ouvert.

L'accès aux soins n'est pas conditionné à la possession de droits. Lorsqu'un patient soigné dans un hôpital pour une urgence médicale ne peut prétendre à aucune couverture sociale, l'hôpital prend généralement à sa charge le traitement et le coût des soins correspondants. Ces créances, difficilement recouvrables, sont le plus souvent admises en non-valeur par le conseil d'administration de l'hôpital, sur proposition du comptable public à l'issue des diligences de recouvrement. Lorsque les services administratifs de l'hôpital n'ont même pas eu le temps d'identifier le patient, aucun titre n'est émis²⁵. Quant aux associations fournissant des soins médicaux, elles ne facturent généralement pas leurs prestations et ne cherchent pas systématiquement à connaître le mode de couverture sociale de leurs patients avant de les soigner.

Les consultations dites « de précarité » dans certains établissements de santé permettent également de prendre en charge ces patients. Ainsi, la consultation « Verlaine » au sein du centre hospitalier Saint-Louis à Paris a effectué une analyse de la couverture sociale des patients venus dans les consultations sans rendez-vous entre janvier et août 2006. Parmi les patients disposant d'une couverture sociale, 52 % (384 personnes) relevaient de l'AME²⁶.

Enfin, il convient d'ajouter que des médecins libéraux soignent parfois gratuitement les personnes qui se présentent à leur cabinet sans couverture sociale, sans pour autant que la mission ait pu mesurer l'ampleur de cette pratique.

²⁴ Dr Catherine FABRE, Vincent BAUDOT, Sibylle TOULEMONDE, Gres Médiation Santé : *Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé*. Rapport final, octobre 2003.

²⁵ À l'hôpital Avicenne à Bobigny par exemple, 64 dossiers de patients précaires représentant un montant total de 372 000 € en 2004 et 94 dossiers représentant 587 000 € en 2005 n'ont pas donné lieu à l'émission d'un titre. Sur l'ensemble des hôpitaux marseillais sous tutelle de l'AP-HM, les dossiers d'hospitalisation dits « SDF » sont au nombre de 515 entre 2003 et 2006. Ces dossiers représentent un montant de plus de 595 000 € ; en 2005, pour le seul hôpital de La Conception, 28 dossiers de patients précaires hospitalisés représentaient plus de 26 900 €.

²⁶ La liste des diagnostics portés sur un échantillon de 50 dossiers vus en novembre 2006 montre qu'il s'agit en général de pathologies lourdes nécessitant un suivi, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier.

C. Les caractéristiques médicales des bénéficiaires de l'AME, mises en lumière par la mission, justifient leur prise en charge

1. Les besoins de santé de la population couverte par l'AME sont mal connus

De manière générale, les dépenses de soins, pour être expliquées et justifiées, doivent être mises en relation avec des éléments de connaissance de l'état de santé et des modalités de recours aux soins.

Les informations disponibles sur la population des bénéficiaires de l'AME sont toutefois réduites. Les problèmes de santé rencontrés en médecine ambulatoire sont particulièrement difficiles à apprécier. Il n'existe en effet pas de système recueillant et analysant les consultations et visites pour les bénéficiaires de l'AME, que ce soit auprès des généralistes et spécialistes exerçant en cabinet libéral ou dans le cadre des consultations hospitalières.

Afin de pouvoir approcher la situation sanitaire de cette population, la mission s'est fondée sur les **données relatives aux publics précaires pris en charge par les associations et les PASS des hôpitaux** :

- le rapport d'activité 2005 de *Médecins du monde* consacre un chapitre aux patients en situation administrative précaire. Parmi eux, environ la moitié (soit 9 632 personnes) serait éligible à l'AME mais n'a pas engagé les démarches nécessaires. Outre une sur-représentation du VIH (fréquence 19 fois supérieure à la population générale) et de l'hépatite C (fréquence 10 fois supérieure à la population générale), le rapport fait ressortir une prévalence importante dans cette population de problèmes gynécologiques, ostéo-articulaires et gastro-entérologiques²⁷.
- Dans son rapport d'activité 2005²⁸, le COMEDE note que 9 % de ses interventions concernent des bénéficiaires de l'AME et que 17 % sont vus dans le cadre d'une demande d'AME. Ce rapport ne détaille pas les problèmes de santé en fonction du mode de couverture sociale mais insiste de manière générale sur la prévalence de certaines maladies transmissibles et sur les séquelles traumatiques de violences subies dans le pays d'origine.

Les données détenues par l'Institut de veille sanitaire (InVS) concernant certaines pathologies ne prennent pas en compte le mode de couverture des soins mais peuvent être utiles à l'analyse, puisqu'elles permettent de relever :

- une corrélation pour 2005 entre le nombre de bénéficiaires de l'AME et les taux de séropositivité, qui sont les plus élevés dans les départements de Guyane, Paris et Seine-Saint-Denis²⁹. Celle-ci peut s'expliquer par le fait qu'une séropositivité sur trois en France concerne une personne d'origine subsaharienne ;
- un taux d'incidence de la tuberculose pour 2004 quinze fois plus élevé pour les étrangers que pour les Français (73,6 pour 100 000 contre 4,9)³⁰. D'une manière plus générale, il apparaît que la prévalence de cette pathologie est accrue chez les publics précaires (220 cas pour 100 000 chez les personnes sans domicile fixe).

²⁷ Rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de *Médecins du Monde*, août 2006, pp. 105-117.

²⁸ *La santé des exilés*, rapport d'activité et d'observation 2005.

²⁹ *Surveillance de l'infection au VIH-sida en France*, étude du département des maladies infectieuses, BEH n°48/2006, 2005.

³⁰ *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004*, Didier CHE, Dounia BITAR, BEH n°18/2006.

La mission a également analysé les données détenues par la direction de la population et des migrations (DPM) pour les demandeurs d'asile et les primo-migrants. En outre, une enquête sur la santé des demandeurs d'asile hébergés en centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) et en centre provisoire d'hébergement réalisée sur un an montre que ces personnes souffrent de pathologies comparables au reste de la population (maladies cardio-vasculaires, appareil digestif, ORL, dermatoses)³¹ mais présentent une prévalence importante de certaines pathologies infectieuses (tuberculose) et des pathologies mentales. De plus, certaines pathologies lourdes sont stabilisées mais non guéries (diabète ou maladies cardio-vasculaires notamment) et nécessitent par conséquent un suivi régulier.

Ce manque de données sur l'état de santé de la population des bénéficiaires de l'AME a conduit dès 2004 la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à planifier une enquête spécifique, dont l'objectif est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, les modalités et les difficultés éventuelles d'accès au dispositif AME, l'état de santé et les modalités de recours aux soins de cette population³². Les premières données ne seront pas disponibles avant l'été 2007.

2. L'étude des pathologies des bénéficiaires de l'AME hospitalisés confirme la nécessité d'une prise en charge

a) Les travaux de la mission permettent de mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents hospitalisés

Afin de remédier à ce manque d'informations, la mission a procédé à une exploitation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur l'ensemble des hôpitaux de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), ainsi que des centres hospitaliers de Rouen et de Marseille.

L'étude réalisée grâce au département d'information médicale (DIM) de l'AP-HP permet de comparer l'état de santé des bénéficiaires de l'AME, des patients pris en charge par la procédure des soins urgents et de l'ensemble des autres patients. Les résultats sont détaillés dans l'annexe V. Les données transmises par l'hôpital de la Conception à Marseille et le CHU Charles Nicolle à Rouen confirment les tendances repérées dans cette étude.

Il ressort de cette analyse que la population des patients admis au titre de l'AME ou des soins urgents :

- **est une population jeune**, puisque la part des patients de plus de 65 ans n'est que de 6 % pour l'AME et de 7 % pour les soins urgents contre 29 % pour les assurés sociaux (cf. tableau 3 *infra*) ;
- **souffre de pathologies similaires à celles des patients assurés sociaux**. Les seules différences significatives sont les grossesses et accouchements et les maladies de l'appareil génital féminin, pour lesquelles la part relative des séjours « AME » est deux à quatre fois plus importante que pour les séjours « assurés sociaux » ;

³¹ Étude de l'agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations, réalisée entre le 15 février 2005 et le 15 février 2006 à partir des fiches de visite médicales par le Dr Marc WLUCZKA, avec la collaboration d'Élisabeth DEBSKA et intitulée « *La santé des demandeurs d'asile hébergés en CADA et CPH en 2005* ».

³² L'échantillon prévu est de 1 500 personnes de 18 ans et plus fréquentant un établissement de santé ou consultant un médecin généraliste libéral, sur Paris et la Seine-Saint-Denis.

- est sur-représentée dans les séjours pour maladies dues à une infection par le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale C (cf. *infra*) mais pas pour les autres pathologies infectieuses et parasitaires : les hospitalisations de bénéficiaires de l'AME avec un diagnostic de tuberculose représentent 13,4 % des séjours, celles pour VIH 4,9 %, celles pour hépatite C 4,1 % alors que la part globale des bénéficiaires de l'AME dans les séjours n'est que de 2,9 %. De plus, la durée moyenne de séjour pour les bénéficiaires de l'AME est prolongé de 35 % pour les diagnostics de tuberculose et de 43% pour le VIH.

Par ailleurs, si les bénéficiaires de l'AME n'ont pas une part de complications et morbidités associées significativement différente des patients couverts par un régime d'assurance maladie, leur durée moyenne de séjour à pathologie et âge comparables est de 15 % supérieure. Ces données ne permettent pas de confirmer l'hypothèse émise par de nombreux interlocuteurs de la mission d'un retard aux soins pour les bénéficiaires de l'AME, même si quelques cas cliniques ont été signalés. Elles peuvent en effet s'expliquer par l'absence de structures adaptées pour prendre le relais des soins (structures de réadaptation ou de moyen séjour) ou par des conditions de vie précaires qui freinent un retour rapide au domicile.

En revanche, pour les patients en soins urgents, la part des séjours avec complications et morbidités associées et la durée moyenne de séjour globalement deux fois plus importantes que la moyenne traduisent un état de santé plus dégradé de cette population. À âge et pathologies comparables, la durée de séjour des bénéficiaires des soins urgents est supérieure de 61 % à la moyenne. **Les dépenses facturées au titre des soins urgents correspondent donc bien à des pathologies lourdes.**

Tableau 3 : Comparaison de la part des séjours avec complications et morbidités associées³³ (CMA) et de la durée moyenne des séjours des différentes populations de patients

	Bénéficiaires de l'AME	Bénéficiaires des soins urgents	Autres patients
Part relative des séjours	2,9 %	0,1 %	97,0 %
Âge moyen	33,1 ans	35,9 ans	47,0 ans
Part des séjours avec CMA	22,0 %	45,7 %	25,5 %
Durée moyenne de séjour	6,6 jours	12,6 jours	6,7 jours
Ratio standardisé de la durée de séjour (ajusté sur le GHM et la classe d'âge)	1,15	1,61	1,00

Source : AP-HP, données 2005

b) Les pathologies spécifiques identifiées peuvent avoir un impact important sur la santé publique et justifient une prise en charge

Les études mentionnées *supra* révèlent la sur-représentation de certaines maladies transmissibles au sein de la population AME, qu'il est nécessaire de prendre en charge dans un objectif de santé publique. En effet, pour des pathologies transmissibles impliquant un danger de contamination, toute méconnaissance du statut sérologique par la personne ou tout retard au diagnostic peut avoir des conséquences importantes sur la dissémination de la maladie. Or une étude du COMEDE montre par exemple que seuls 6 % des patients atteints d'hépatite B connaissent leur diagnostic avant leur arrivée en France.

Par ailleurs, la couverture vaccinale, analysée par exemple dans le rapport de *Médecins du Monde*, est faible pour les personnes en situation de précarité, puisque les patients étrangers « sont globalement deux fois moins à jour de leurs vaccinations que les patients français ». Cette situation peut constituer un risque pour la diffusion de pathologies infectieuses, du fait de la baisse de l'immunité de groupe dans certaines communautés.

³³ Diagnostics associés à la cause principale du séjour dont la présence augmente la durée de séjour.

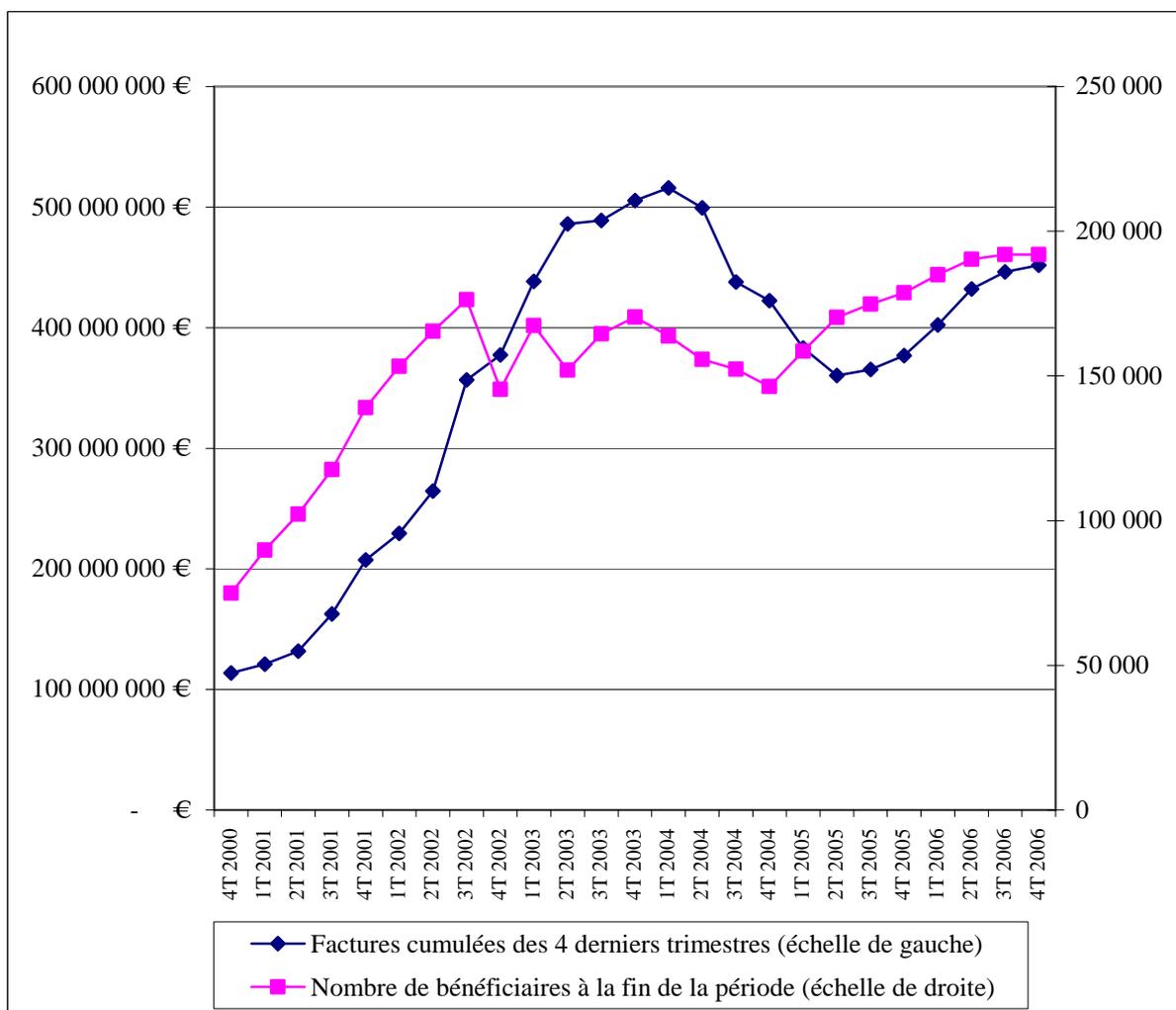
D. L'AME représente une dépense d'environ 400 M€ par an, mal maîtrisée seulement en apparence

1. La dépense liée à l'AME connaît en apparence une croissance irrégulière

Les données avant retraitement fournies par la CNAMTS font apparaître une évolution erratique de la dépense d'AME de droit commun, avec une tendance de fond à la hausse :

- jusqu'à la fin de l'année 2002, l'augmentation apparaît largement corrélée à celle du nombre de bénéficiaires ;
- de la fin 2002 jusqu'au début de l'année 2004, la dépense continue à croître pour atteindre un niveau de 500 M€ en moyenne annualisée, alors que le nombre de bénéficiaires s'est stabilisé au cours de cette période ;
- la diminution du montant des factures présentées par la CNAMTS au cours de l'année 2004 est plus rapide que celle du nombre de bénéficiaires ;
- la progression des dépenses enregistrée à nouveau depuis le milieu de l'année 2005 est corrélée à celle du nombre de bénéficiaires.

Graphique 2 : Évolution trimestrielle du nombre de bénéficiaires et des facturations AME



Source : CNAMTS

2. L'augmentation de la dépense par année de soins s'explique par celle du nombre de bénéficiaires

La mission a identifié un effet statistique qui biaise de façon significative les données présentées *supra*. Les données transmises par la CNAMTS correspondent aux dates de facturation par les hôpitaux et les professionnels de santé et non à celles des frais liés aux soins délivrés au cours de la période considérée. Or certains établissements de santé n'ont pas facturé dès 2000 des prestations au titre de l'AME : l'assistance publique-hôpitaux de Paris en particulier n'a commencé à présenter des factures d'AME qu'à partir de la mi-2002, ce qui a eu un effet de report significatif sur les dépenses facturées.

Le **retraitement des dépenses par année de soins et non de facturation** permet de lisser en partie les fluctuations observées précédemment, ainsi que le montrent le tableau et le graphique suivants.

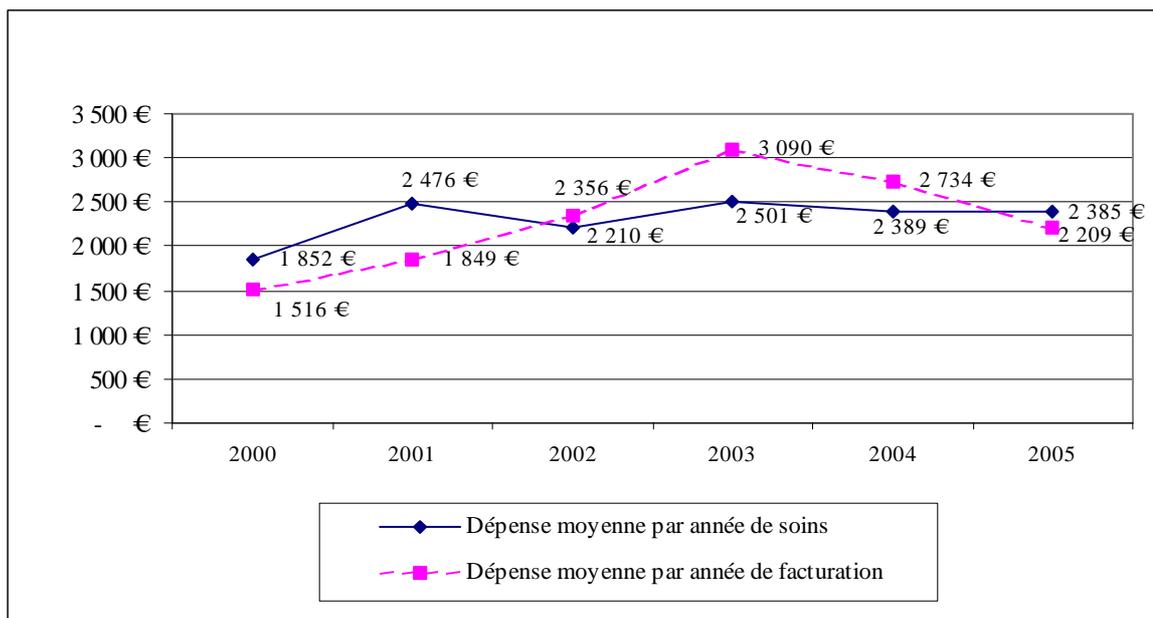
Tableau 4 : Évolution des dépenses au titre de l'AME par année de soins

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prestations hospitalières	127 461 395 €	216 729 810 €	257 537 806 €	287 612 505 €	244 944 885 €	287 083 186 €
Honoraires	5 977 049 €	25 137 822 €	38 042 788 €	47 661 322 €	48 002 651 €	45 950 713 €
Médicaments	3 317 128 €	22 909 738 €	32 057 267 €	43 267 610 €	49 641 689 €	52 062 027 €
Autres	2 001 917 €	13 076 173 €	26 230 118 €	30 623 636 €	26 571 368 €	21 747 120 €
Total	138 757 489 €	277 853 543 €	353 867 979 €	409 165 073 €	369 160 593 €	406 843 046 €
Effectif moyen	74 919	112 208	160 122	163 574	154 530	170 584
Dépense moyenne par bénéficiaire	1 852 €	2 476 €	2 210 €	2 501 €	2 389 €	2 385 €

Source : CNAMTS. Les dépenses des exercices antérieurs ont été intégralement affectées à l'exercice N-1 par convention.

Il apparaît que la dépense moyenne de soins réellement délivrés au cours de chaque année depuis 2001 est comprise entre 2 200 et 2 500 € environ. **Le principal facteur de variation des dépenses liées à l'AME est donc l'évolution du nombre de bénéficiaires et non le coût moyen unitaire**, ce qui revient à dire que l'effet volume l'emporte sur l'effet prix.

Graphique 3 : Dépense moyenne par bénéficiaire de l'AME par année de soins et par année de facturation



Source : CNAMTS

3. La dépense moyenne par bénéficiaire reste contenue

a) Les modalités de recours aux soins augmentent le coût par bénéficiaire

Les dépenses hospitalières représentent 69 % du total facturé au titre de l'AME, alors qu'elles ne constituent que 53,9 % des dépenses des consommateurs du régime général. L'écart est plus important encore si l'on s'intéresse aux seuls établissements publics de santé, qui représentent 60,6 % des dépenses totales pour l'AME contre 38,3 % pour les assurés sociaux.

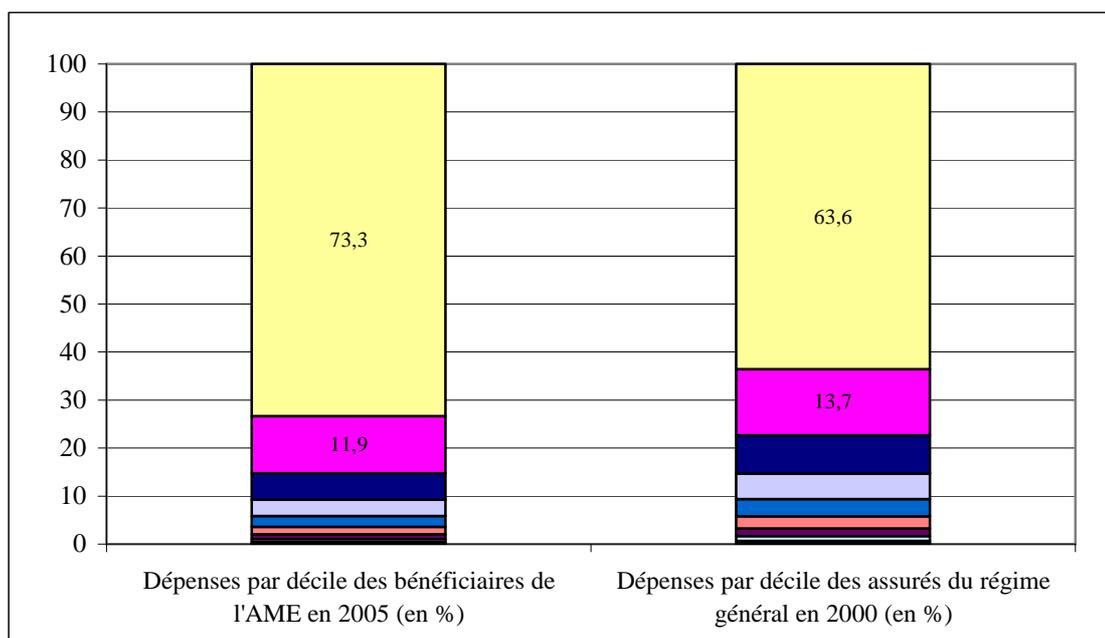
Cette part plus importante du recours à l'hôpital peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- les établissements hospitaliers jouent un rôle important dans l'orientation des publics précaires et l'aide à l'accès aux droits ;
- l'hôpital est perçu par les personnes en situation irrégulière comme une structure plus anonyme que la médecine de ville ;
- les bénéficiaires de l'AME se heurtent à des refus de soins fréquents en médecine ambulatoire (cf. *supra* § I, A, 3) ;
- la part relativement élevée d'accouchements au sein de la population des bénéficiaires de l'AME, dont la moyenne d'âge est près de 15 ans inférieure à celle des assurés sociaux (cf. *supra* tableau 3) ;
- les soins dont bénéficient les plus gros consommateurs à l'AME (par exemple ceux atteints de VIH, de tuberculose ou connaissant des grossesses à complications) nécessitent une prise en charge hospitalière, qui alourdit le poids de la dépense à l'hôpital.

b) La dépense d'AME est concentrée sur 10 % de gros consommateurs

Enfin, le coût moyen des soins des bénéficiaires de l'AME est tiré vers le haut par le fait que les 10 % de consommateurs les plus importants de soins représentent 73,3 % du total des dépenses pour l'AME contre 63,6 % seulement pour le régime général, ainsi que le montrent les histogrammes suivants. Ces gros consommateurs ont un niveau de dépense moyenne de 17 486 € pour les patients AME contre 11 072 € pour les assurés sociaux du régime général.

Graphique 4 : Répartition des dépenses par décile des bénéficiaires de l'AME et des assurés du régime général



Source : CNAMTS

Cette concentration importante de la dépense sur quelques milliers de bénéficiaires de l'AME atteints de pathologies lourdes constitue une distorsion importante, qui **masque le fait que la dépense moyenne pour les neuf premiers déciles de consommation est quasi-identique pour les deux populations** (707 € pour les 90 % de bénéficiaires de l'AME ayant le moins consommé de soins en 2005 contre 703 € pour les 90 % d'assurés du régime général ayant le moins consommé en 2000).

c) Des effets statistiques expliquent une partie du surcoût des soins des patients à l'AME

Un biais statistique non négligeable découle du fait que les bénéficiaires de l'AME doivent engager une démarche active pour faire ouvrir leurs droits tandis que toute personne qui travaille légalement durant au moins un trimestre est automatiquement affiliée au régime général de sécurité sociale sans avoir besoin d'effectuer aucune démarche. La conséquence en est **un nombre de consommateurs d'au moins un soin de santé dans l'année plus élevé parmi la population de bénéficiaires de l'AME** (entre 90 et 95 % dans les départements visités par la mission) **que parmi la population du régime général** (entre 85 % et 90 % selon les données de la CNAMTS). La prise en compte de cette différence a pour effet de réduire légèrement l'écart de coût entre un bénéficiaire de l'AME et un assuré du régime général.

De plus, cette population est marquée par un *turn-over* important : les données recueillies par la mission montrent que moins de 40 % des bénéficiaires de l'AME renouvellent leurs droits chaque année³⁴ alors que le taux de rotation annuel au sein du régime général est estimé à 2 %. Ainsi, des personnes affiliées pour douze mois à l'AME en 2004 ont consommé des soins durant l'année 2005 sans avoir à renouveler leurs droits : le nombre de consommateurs en 2005 est donc égal au nombre d'affiliés en 2005 qui vont consommer pour la plupart tout de suite plus ceux des affiliés de l'année précédente qui usent de leurs droits encore ouverts sur une partie de 2005. De ce fait, le nombre de consommateurs au titre de l'AME a été de 225 054 personnes en 2005, contre un effectif moyen d'affiliés sur les quatre trimestres de cette même année de 170 584 personnes. **Le nombre de consommateurs annuels à l'AME est donc nettement supérieur au nombre de bénéficiaires.**

On ne peut toutefois comparer la dépense par consommant à l'AME (1 808 € pour l'année 2005) à celle des consommateurs du régime général qui, pour la très grande majorité d'entre eux, sont affiliés tout au long de l'année alors que tous les bénéficiaires de l'AME ayant consommé des soins n'ont pas forcément été affiliés à ce dispositif toute l'année. La dépense moyenne par consommant ne prend donc pas en compte toutes les dépenses de santé en 2005 des consommateurs de l'AME, qui peuvent par exemple avoir été affiliés à la CMU ou à un autre régime au cours de l'année.

Au total, la prise en compte de ce facteur permet de situer **la dépense par patient AME pour 2005 entre 1 808 € (dépense par consommant) et 2 385 € (dépense par bénéficiaire), contre 1 768 € en moyenne pour les consommateurs du régime général en 2003³⁵.**

II. L'AME SOUFFRE D'UN CADRE JURIDIQUE INABOUTI ET D'UN DEFICIT DE GOUVERNANCE

A. La volonté de maîtriser l'évolution du dispositif se heurte à des obstacles juridiques et opérationnels

1. Le législateur a mis en place un dispositif comparable à celui de la CMU sans reconnaître aux bénéficiaires de l'AME le statut d'assuré social

Le dispositif de l'AME présente de fortes similitudes avec celui de la CMU de base et complémentaire :

- la condition de résidence stable depuis plus de trois mois en vigueur depuis la LFR pour 2003 est la même que celle qui s'applique pour l'affiliation à la CMU ;
- le droit à l'AME est ouvert pour un an renouvelable, à l'instar du droit à la CMU complémentaire ;
- le plafond de ressources conditionnant l'accès au droit à l'AME est, aux termes de l'article L. 251-1 du CASF, calqué sur celui de la CMU complémentaire ;
- la notion d'ayant-droit applicable pour l'AME est celle inscrite au Code de la sécurité sociale (article L. 161-14 et L. 313-3 du Code de la sécurité sociale) ;

³⁴ Ce taux de renouvellement est de 38,2 % pour la CPAM de Rouen et de 39 % pour la CPAM de Marseille.

³⁵ Pour l'ensemble des individus (hors DOM) présents dans l'EPAS en 2003 et rattachés à une famille de bénéficiaires pour laquelle au moins un remboursement de soins a été enregistré en 2002 ou en 2003 (hors risque accident du travail).

- la gestion est effectuée par le même organisme, à savoir la CNAMTS (cf. *infra* § III).

Des **différences demeurent néanmoins** dans l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME et des assurés sociaux.

L'AME accorde une couverture maladie supérieure à celle de la CMU de base, dans la mesure où les bénéficiaires de cette dernière doivent acquitter la part complémentaire des soins dont ils bénéficient, mais légèrement inférieure à celle de la CMU complémentaire : les prothèses dentaires, les traitements d'orthodontie, l'optique, les audioprothèses et certains dispositifs médicaux spécifiques ne sont pas couverts au-delà des tarifs de responsabilité des organismes d'assurance maladie.

En outre, l'effet de seuil est plus marqué pour l'AME que pour la CMU : en deçà du plafond de ressources fixé par la loi, l'AME correspond au cumul de la couverture maladie de base avec une couverture complémentaire, mais au-dessus de ce plafond, le demandeur ne bénéficiera d'aucune couverture sociale et devrait théoriquement prendre à sa charge l'intégralité de la dépense, y compris hospitalière. Dans les faits cependant, la mission a constaté que peu de demandeurs se trouvaient exclus de l'AME pour cette raison (moins de 1 % des demandes d'AME à Paris) en raison de la situation de précarité de la plupart des étrangers en situation irrégulière et du caractère déclaratif de ressources par définition quasi-incontrôlables.

Par ailleurs, **l'absence de reconnaissance de la qualité d'assuré social aux bénéficiaires de l'AME rend inapplicable la maîtrise médicalisée et le suivi mis en œuvre pour les assurés sociaux**, notamment :

- l'obligation de désignation d'un médecin traitant et le respect du parcours de soin prévus par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;
- le dossier médical personnel en cours de déploiement ;
- l'immatriculation au RNIAM³⁶ et l'attribution d'une carte vitale (cf. *infra* § III) ;
- le contrôle médical (prévu par l'article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale).

Au total, si la non-reconnaissance du statut d'assuré social peut s'avérer défavorable pour les bénéficiaires de l'AME (refus de soin en médecine de ville), elle a aussi pour conséquence de limiter en partie les possibilités d'incitation vers un parcours de soins coordonné et contrôlé.

2. Les dispositions législatives et réglementaires peinent à être mises en œuvre

a) L'introduction prévue d'un ticket modérateur n'a pas abouti

L'introduction d'un ticket modérateur prévu par la LFR pour 2002 devait permettre de limiter la consommation de soin des bénéficiaires de l'AME. Le décret d'application n'a cependant jamais été publié.

³⁶ Le fichier RNIAM (répertoire national inter-régimes de l'assurance maladie) comprend pour chaque assuré social le numéro d'identification (NIR) et le régime d'assurance maladie auquel il est affilié.

L’instauration du ticket modérateur se heurte à des obstacles tant politiques, du fait de l’opposition des associations mais aussi des professionnels de santé, qu’opérationnels. Sa mise en œuvre reposerait sur les professionnels de santé, qui ne seraient remboursés désormais que du seul solde dû par l’État. Or, il s’agit d’une population précaire ne disposant pas toujours d’une adresse stable et dont la solvabilité est faible. Le risque que ces montants ne puissent être récupérés est donc important.

b) Les nouvelles conditions d’ouverture des droits ont été appliquées progressivement

Les **textes réglementaires d’application** de la LFR pour 2003 créant les soins urgents et conditionnant l’accès à l’AME à une présence ininterrompue d’au moins trois mois en France **n’ont été promulgués que progressivement et certaines dispositions ne sont toujours pas mises en œuvre.**

Les deux décrets réformant les conditions d’ouverture du droit ont été promulgués le 28 juillet 2005. Les circulaires d’application ont été élaborées dans le courant de l’année 2005³⁷ et l’arrêté établissant le nouveau formulaire *Cerfa* n’est paru que le 19 mai 2006, soit plus de deux ans après la LFR pour 2003. En conséquence, **l’application des dispositions législatives de 2003 a pu être variable sur le territoire national**, que ce soit par l’opérateur (qui n’a dans certains cas pas attendu les circulaires pour transmettre des instructions à son réseau, notamment sur la condition de résidence de trois mois) ou par les établissements de santé.

Certaines dispositions des décrets du 28 juillet 2005 n’ont pas encore été appliquées. Il n’existe en particulier pas encore d’attestation uniformisée sur le territoire national comportant la photo du bénéficiaire. Ces mesures ont été décidées sans étude de coût ni d’impact et leurs modalités d’application n’ont pas donné lieu à une réflexion approfondie.

Par ailleurs, les dispositions législatives et réglementaires doivent être adaptées pour être mises en conformité avec l’annulation par le Conseil d’État des décrets du 28 juillet 2005 en tant « *qu’ils mettent en œuvre à l’égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l’article L. 251-1 du Code de l’action sociale et des familles* » (cf. annexe VII). Si la circulaire du 16 mars 2005 précisait que les enfants remplissaient la condition d’urgence pour obtenir des soins à l’hôpital, l’annulation par le Conseil d’État rend nécessaire une adaptation du dispositif législatif de prise en charge des enfants non seulement à l’hôpital mais aussi en médecine de ville.

Ainsi, l’État peine à définir une stratégie de maîtrise du dispositif spécifique pour les étrangers en situation irrégulière, respectueuse des engagements internationaux de la France, des impératifs humanitaires et de santé publique et applicable au plan pratique.

³⁷ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative aux soins urgents, parue plus d’un an après la mise en place de ce dispositif et circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l’AME, qui précise les conditions d’ouverture de droits.

B. Les relations entre l'État et la CNAMTS pâtissent d'un manque de pilotage

1. L'AME est un dispositif dont aucune direction du ministère de la santé et des solidarités ne souhaite assumer le pilotage

De nombreuses directions d'administration centrale sont concernées, à des degrés divers, par la gestion des dispositifs relevant de l'enveloppe budgétaire AME. **Aucune d'entre elles ne dispose toutefois de l'ensemble des leviers nécessaires au pilotage et à la maîtrise du dispositif**, étant donné en particulier l'impact potentiel des décisions relevant de la politique d'immigration.

La DGAS gère la plupart des dispositifs rattachés à l'enveloppe AME en dehors de celui des soins urgents, piloté par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Chaque dispositif présente des particularités dans son périmètre (population concernée) et ses modalités de gestion (cf. annexe VII).

Tableau 5 : Dispositifs pris en charge sur l'enveloppe AME hors AME de droit commun

Dispositif	Pilote	Rôle	Publics concernés	Année	Dépenses
AME « humanitaire »	DGAS	Réception et instruction des demandes	Étrangers non-résidents sur le territoire français et Français expatriés démunis rapatriés pour soins	2005	3,3 M€
Évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion		Délègue une enveloppe budgétaire à la DDASS de la Réunion	Français, étrangers réguliers et irréguliers	2005	24,2 M€
Personnes en garde à vue (GAV) ou en rétention administrative		Païement des factures	- GAV : personnes ne pouvant faire état d'une couverture sociale - Rétention administrative : étrangers en situation irrégulière	2005	0,3 M€
Soins urgents ³⁸	DHOS	Délégation à la CNAMTS pour réception des factures et paiement	Étrangers en situation irrégulière résidant en France mais ne remplissant pas les conditions d'accès à l'AME	2004	43,9 M€
				2005	51,9 M€

Source : Mission

Les agents chargés de la gestion des dispositifs de l'enveloppe AME sont répartis dans différentes directions :

- la **DHOS** pilote le dispositif en ce qu'il concerne les établissements de santé, tant sous l'aspect des soins urgents que sous l'aspect de l'accueil des bénéficiaires de l'AME et de la facturation des séjours hospitaliers ;
- la **DSS**, dont le directeur a été désigné responsable du programme LOLF, exerce la tutelle sur la CNAMTS et négocie avec elle la convention d'objectifs et de gestion. Elle bénéficie de ce fait d'une proximité que n'ont pas les autres directions avec cet opérateur et apparaît comme son interlocuteur naturel ;
- la **DGAS**, dont le directeur général est responsable de BOP, intervient en raison de sa compétence générale en matière de dispositifs d'aide sociale et pour le pilotage des enveloppes rattachées à l'AME.

³⁸ Le montant pour 2004 correspond au montant payé et celui pour 2005 représente l'addition des factures présentées par la CNAMTS à la DHOS du ministère de la santé et des solidarités.

Par ailleurs, les objectifs assignés à la direction des populations et des migrations (**DPM**) en matière de politique d'accueil des demandeurs d'asile et à la direction générale de la santé (**DGS**) pour ce qui concerne la prévention en font des interlocuteurs pour l'AME. Leur rôle est néanmoins limité et elles n'exercent pas de compétences pour la gestion du dispositif lui-même.

Au total, la mission a pu constater que l'éparpillement des responsabilités a pour conséquence une **absence de chef de file** qui pèse sur la cohérence de l'action de l'État.

2. L'État a confié la gestion de l'AME à la CNAMTS sans lui fixer d'objectifs clairs ni suivre de près son activité

La gestion du dispositif d'AME de droit commun a été déléguée par l'État à la CNAMTS. Cette dernière assure cette prestation à titre gratuit, alors même que la loi prévoit le paiement de frais de gestion (article L. 182-1 du Code de la sécurité sociale), pour lesquels la convention du 17 octobre 2000 renvoyait à la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS. En signant celle-ci, qui ne prévoit aucun frais de gestion spécifique pour l'AME, la CNAMTS semble de fait avoir renoncé à une rémunération au titre de cette prestation³⁹.

La délégation de la gestion de l'AME à la CNAMTS s'est traduite dans les faits par une absence de pilotage du dispositif par l'État, qui n'a pas fixé d'objectifs clairs à son opérateur.

Cette absence de pilotage est d'abord illustrée par l'absence de convention de gestion pourtant prévue par la loi (article L. 182-1 du Code de la sécurité sociale). La première convention, signée le 17 octobre 2000, n'a été révisée ni au moment de la LFR pour 2002, ni de celle pour 2003. Si elle n'a expiré que le 31 décembre 2004, elle était depuis longtemps caduque. Elle ne faisait en outre que traduire en pratique les dispositions législatives sans ajouter d'objectif complémentaire pour la gestion du dispositif. Une nouvelle convention est en cours de signature mais ne semble pas apporter d'éléments nouveaux par rapport à la précédente.

De plus, **l'État ne s'est pas donné les moyens de suivre ni d'évaluer le dispositif** : la convention du 17 octobre 2000 établissait une liste de données que la CNAMTS devait transmettre trimestriellement⁴⁰ mais celles-ci sont demeurées peu expertisées et insuffisamment exploitées. En outre, les données trimestrielles relatives aux entrants et sortants à l'AME qui étaient fournies par la CNAMTS étaient inexactes. D'une manière plus générale, l'insuffisance de données et d'expertise par l'État a pu nourrir l'impression d'une mauvaise gestion par la CNAMTS. Les statistiques de l'opérateur ont été enrichies (dépenses par année de soins, sexe et âge des bénéficiaires en particulier), notamment à la suite du rapport de l'IGAS de février 2003 (mentionné *supra*). Les discussions entourant l'élaboration de l'arrêté statistique prévu par le décret du 28 juillet 2005 ont incité l'administration à préciser ses besoins, même si cet arrêté n'a pas encore été publié.

³⁹ La CNAMTS a évalué le coût de gestion de l'AME pour l'année 2005 à 8,95 M€, soit plus de 50 € par bénéficiaire, dont plus de 80 % de charges de personnel (159 ETP dédiés à cette tâche).

⁴⁰ L'article 15 du titre VIII relatif aux dispositions financières prévoyait la transmission des données suivantes : « le montant des dépenses d'aide médicale du trimestre, le nombre de personnes bénéficiant de l'aide médicale (demandeurs et ayants-droit), le nombre de décisions d'attribution rendues au cours du trimestre ».

L'absence de renseignement des indicateurs LOLF de l'action AME au sein du programme n°183 témoigne également des difficultés de pilotage. L'objectif fixé par le programme budgétaire est d'assurer la délivrance de l'AME dans des conditions appropriées de délai et de contrôle. Ce dernier devait être mesuré à partir de deux indicateurs : le délai de traitement des demandes et le taux de contrôle des dossiers d'AME par la CNAMTS. Cette dernière est en mesure de renseigner le délai de traitement des dossiers, même si elle ne l'a pas fait pour l'année 2005. En revanche, le second indicateur n'a pas été clairement défini et son mode de calcul n'est pas arrêté. Sa pertinence peut en outre être discutée.

Enfin, **le comité national de suivi**, prévu par la convention du 17 octobre 2000 et composé des représentants de la CNAMTS, de CPAM et de représentants de l'administration **ne s'est jamais réuni**. Cependant, un comité de coordination des directeurs du ministre de la Santé et de solidarités réunit tous les deux mois les directions du ministère (DGS, DHOS, DSS et parfois DGAS) et la CNAMTS autour de thèmes variés et a évoqué l'AME à plusieurs reprises.

Au total, le suivi de l'activité de l'opérateur par l'État apparaît dépourvu de vision d'ensemble. Pour autant, le contentieux financier né de l'écart entre la ressource budgétaire et le coût facturé par la CNAMTS a limité la capacité des directions du ministère de la santé et des solidarités à négocier avec son opérateur.

3. Les difficultés de gouvernance sont particulièrement marquées pour les soins urgents

La DHOS et la CNAMTS n'ont disposé d'aucune évaluation du coût du dispositif des soins urgents pour 2004 avant fin décembre 2005. De même, le montant total des factures présentées par les hôpitaux aux CPAM pour l'exercice 2005 n'est connu que depuis janvier 2007. Cette connaissance tardive des éléments de coût du dispositif ne permet aucun pilotage de la dépense ni par la CNAMTS ni par l'État, alors même que le caractère forfaitaire de la dotation budgétaire devait inciter à encadrer la dépense.

La procédure de comptabilisation des factures de l'année N en fin d'année N+1 conduit à l'impossibilité de connaître en temps réel le montant de la dépense et ses caractéristiques.

En outre, la rigueur des contrôles effectués par les CPAM sur les factures présentées par les hôpitaux au titre des soins urgents est variable, sans que la CNAMTS procède à un suivi au niveau national.

Les difficultés de pilotage des soins urgents découlent du choix de financement par dotation forfaitaire prévu par la LFR pour 2003, ainsi que cela est détaillé dans l'annexe VII. La dotation, fixée depuis trois années consécutives à 20 M€ s'est avérée insuffisante pour couvrir le montant des factures présentées par les hôpitaux (43,9 M€ en 2004 et 51,9 M€ en 2005). Le caractère forfaitaire de l'enveloppe a donc été contourné sur instruction ministérielle⁴¹, le paiement par la CNAMTS pour les soins urgents de l'année 2004 ayant été effectué à l'aide des dotations de 2004 et 2005 et d'une partie de celle de 2006.

Au total, l'absence de consolidation en temps réel de la dépense se traduit par un manque de visibilité sur son montant, sa répartition et ses caractéristiques (type de pathologies traitées, taux de complications et morbidités associées - cf. annexe V -), et empêche toute réflexion sur une éventuelle régulation budgétaire, pourtant rendue nécessaire par le choix d'une dotation forfaitaire.

⁴¹ Note ministérielle du 2 novembre 2006.

III. LA QUALITE DE LA GESTION DU DISPOSITIF, MALGRE LES SPECIFICITES DE LA POPULATION CONCERNEE, CONDUIT A VALIDER L'ESSENTIEL DE LA DETTE DE L'ÉTAT VIS-A-VIS DE LA CNAMTS

A. La gestion de l'AME se heurte aux particularités de ses bénéficiaires et à la complexité de la législation

1. Les difficultés de gestion liées aux caractéristiques des bénéficiaires

a) L'irrégularité du séjour empêche l'attribution systématique d'un NIR

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas enregistrés dans une base spécifique. Ils figurent, comme les assurés sociaux, dans les bases de données opérantes (BDO) de la CNAMTS.

Cependant, les personnes éligibles à l'AME ne font pas l'objet d'une immatriculation comparable aux assurés sociaux mais d'une « identification ». La procédure d'immatriculation classique nécessite en effet l'attribution d'un numéro NIR (numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes) par l'INSEE⁴² à partir d'une pièce d'état-civil authentique qui doit être fournie à l'appui de la demande.

Pour les bénéficiaires de l'AME, les CPAM attribuent un numéro d'identification, qui reprend l'architecture du numéro NIR (13 chiffres). Toutefois, les règles de constitution de ce numéro diffèrent d'une caisse à l'autre. Cette situation soulève des difficultés de gestion en cas de mutation d'une CPAM à l'autre et pour vérifier l'ouverture de droits. **L'absence de règle uniforme d'attribution des numéros provisoires d'identification rend impossible la constitution de façon simple et fiable d'un fichier homogène à partir des données actuelles des CPAM.**

b) Les difficultés de domiciliation des bénéficiaires de l'AME

L'élection de domicile pour les personnes sans résidence stable ne concerne pas que les bénéficiaires de l'AME et s'applique à d'autres dispositifs (CMU, RMI, APA, etc.). Toutefois, cette question présente une acuité particulière pour les bénéficiaires de l'AME.

En effet, certains d'entre eux ne disposent pas d'un logement stable ou ne souhaitent pas divulguer leur lieu de résidence, de crainte de se rendre plus aisément repérables par les autorités de police. En outre, l'existence d'un délit d'aide au séjour irrégulier⁴³ peut constituer un obstacle supplémentaire à la déclaration du domicile réel pour des bénéficiaires potentiels de l'AME, qui peuvent de ce fait renoncer à se faire ouvrir les droits correspondants.

Cette situation rend d'autant plus nécessaire la possibilité d'une domiciliation pour les étrangers en situation irrégulière. Le défaut de domiciliation constituerait en effet, selon les associations rencontrées par la mission, un obstacle important à l'ouverture des droits⁴⁴.

⁴² La loi n°46-854 du 27 avril 1946 modifiée créant l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) lui assigne la mission d'identification des personnes physiques. Le décret n°82-103 du 22 janvier 1982 définit le contenu, les modalités de constitution et de tenue du répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

⁴³ Article L. 622-1 du CESEDA (chapitre 2 « aide à l'entrée et au séjour irrégulier »).

⁴⁴ L'association *Médecins du monde*, dans son rapport 2005, estime à 58 % la proportion d'étrangers ayant besoin d'une domiciliation.

L'article L. 252-2 du CASF prévoit que :

« les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 251-1, qui ont droit à l'aide médicale de l'État et se trouvent sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'État dans le département soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ».

Or un nombre important des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS) refuse désormais de respecter cette obligation de domiciliation⁴⁵. Face à cette situation, la DGAS a mis en place un groupe de travail, qui a formulé des propositions présentées au comité national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) le 7 septembre 2006. Les associations semblent également réticentes à assurer ce service. La charge de travail correspondant à une domiciliation est pourtant limitée à la réception des déclarations d'élection de domicile et à un rôle d'accompagnement social.

Ce désengagement des CCAS, CIAS et associations constitue un obstacle important pour les étrangers en situation irrégulière et peut freiner l'accès à des soins nécessaires. **Dans ce contexte, la mission recommande que soit appliquée sans délai la législation actuelle**, en se fondant sur les propositions présentées au CNLE afin qu'un accord global puisse être trouvé et rendu public avec l'union nationale des CCAS. Au cas où un tel accord ne serait pas envisageable à court terme, elle recommande que soit réglé de manière spécifique le problème de la domiciliation des personnes demandant le bénéfice de l'AME.

À défaut, il faudrait envisager l'idée d'accepter d'ouvrir les droits à l'AME avec une simple adresse postale et non nécessairement le lieu de résidence, même si une telle option n'est pas sans risque sur le développement d'éventuelles fraudes.

2. Les basculements entre AME et CMU sont mal quantifiés et mal maîtrisés

La complexité du droit du séjour et du droit relatif aux demandes d'asile a un impact sur la gestion de la couverture maladie des étrangers en situation irrégulière. En effet, les modifications de situation au regard du droit du séjour ne se traduisent pas par un impact immédiat sur les droits à une couverture maladie, du fait des règles de maintien de droits au régime général d'assurance maladie et de l'absence de concertation entre la CNAMTS, le ministère de la santé et des solidarités et le ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire. Une simple convocation à la préfecture pour une demande de titre de séjour vaut par exemple régularité pour l'accès à une couverture sociale, alors qu'un étranger dans cette situation n'est pas considéré comme régulier sur le territoire au regard du droit au séjour.

a) Les passages de l'AME vers la CMU

Les bénéficiaires de l'AME qui sont régularisés deviennent en principe éligibles à la CMU. Il est probable que certains d'entre eux continuent cependant à faire valoir leurs droits à l'AME pour accéder aux soins, par méconnaissance des règles d'accès à la couverture sociale.

Les CPAM ne peuvent détecter ces situations qu'à l'occasion des demandes de renouvellement de droits, en l'absence d'information par les préfectures des régularisations auxquelles elles ont procédé. Faute de croisement des différentes données, il n'est pas possible de quantifier la population couverte par l'AME qui serait éligible à la CMU.

⁴⁵ A contrario, le CCAS de la ville de Marseille assure cette fonction de domiciliation pour les patients sans domicile fixe hospitalisés par le biais d'une permanence au CHU.

b) Les passages de la CMU vers l'AME

Plusieurs situations peuvent conduire des étrangers en situation régulière affiliés à la CMU à basculer dans l'irrégularité au regard du droit au séjour, les plus courantes étant le non-renouvellement d'un titre de séjour et le rejet d'une demande d'asile. Un demandeur d'asile se trouve en situation régulière lors du dépôt de sa demande et le demeure tout au long de la procédure d'examen. Au cours de cette période, il a le statut d'assuré social⁴⁶. En cas de rejet de sa demande d'asile, il devient irrégulier un mois après réception de l'invitation à quitter le territoire français et donc éligible en principe à la seule AME. Or les CPAM ne sont pas informées des rejets de demande d'asile, ce qui peut conduire les déboutés du droit d'asile à conserver indûment leurs droits au régime général.

En pratique, la mission a constaté une difficulté pour les agents instructeurs des CPAM à interpréter les documents relatifs au droit du séjour présentés par les demandeurs, ces documents pouvant revêtir des formes diverses (convocations, récépissés). La complexité de la situation des étrangers ayant basculé dans l'irrégularité est renforcée par l'existence de règles différentes de maintien de droits aux prestations en nature du régime général. Ainsi, une personne affiliée au régime général reste couverte pendant quatre ans après avoir cessé de remplir les conditions pour en relever. *A contrario*, la CMU complémentaire étant attribuée pour une période d'un an, les droits sont maintenus jusqu'à la fin de l'année en cours pour les personnes basculant dans l'irrégularité (si la personne était à la CMU, celle-ci est également maintenue sur la même période pour la couverture de base).

Ces règles ont conduit à la mise en place d'un mécanisme d'« **AME complémentaire** » par simple circulaire du 3 mai 2000⁴⁷, afin de prendre en charge la part complémentaire des personnes bénéficiant d'un maintien de droits au régime général pour la part de base (essentiellement des déboutés du droit d'asile qui n'étaient pas à la CMU parce que s'étant vu refuser une place en CADA). Ce dispositif, dont la base juridique est fragile, fait l'objet d'**une compréhension et d'une application variables selon les CPAM** :

- à Bobigny, il n'est pas appliqué du tout, les étrangers en situation irrégulière étant intégralement basculés à l'AME quelle que soit leur situation antérieure (alors que la CPAM a recensé, à la demande de la mission, 1 435 personnes qui y seraient éligibles sur un total de 30 375 au 30 septembre 2006, soit 4,7 %) ;
- à Rouen, Marseille et Paris⁴⁸, il est appliqué conformément aux règles de la circulaire.

Tableau 6 : Part des bénéficiaires de l'AME complémentaire par CPAM

CPAM	Bénéficiaires de l'AME au 31 décembre 2005 (1)	Bénéficiaires de l'AME complémentaire au 31 décembre 2005 (2)	Part des bénéficiaires de l'AME complémentaire sur le total des bénéficiaires de l'AME (2/1)
France entière	178 689	11 021	6,2 %
Paris	61 995	4 334	7,0 %
Bobigny	24 780	0	0,0 %
Marseille	8 209	2 821	34,4 %
Rouen	660	188	28,5 %

Source : CPAM

⁴⁶ Les demandeurs d'asile ont droit à la CMU s'ils sont hébergés en CADA ou sont affiliés au régime général s'ils ont demandé une place en CADA sans l'obtenir (ils bénéficient alors de l'allocation temporaire d'accueil).

⁴⁷ Circulaire n°2000-239 DSS/2A/DAS/DPM relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la CMU.

⁴⁸ Pour la CPAM de Paris, le nombre de bénéficiaires de l'AME complémentaire a augmenté fortement puisqu'il est passé de 4 334 bénéficiaires à fin 2005 (soit 7 % du total) à 7 720 bénéficiaires à fin 2006 (soit 12 % du total).

Le nombre des bénéficiaires de l'AME complémentaire est en augmentation sensible depuis le début de l'année 2005, puisqu'il est passé de 6 268 bénéficiaires au 31 mars 2005 à 14 860 bénéficiaires au 30 septembre 2006, ce qui semble indiquer qu'un nombre croissant de CPAM applique cette procédure.

Toutefois, la réforme en cours des règles de maintien de droits (durée réduite à un an) devrait réduire le nombre de personnes éligibles à l'AME complémentaire à l'avenir.

c) La procédure « étrangers malades »

La procédure dite « des étrangers malades » a également un impact sur la gestion de l'AME dans la mesure où les deux populations sont susceptibles de se recouvrir. En effet, un étranger en situation irrégulière peut, lorsque son éloignement du territoire entraînerait des « conséquences d'une exceptionnelle gravité » et qu'il ne peut « bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire », solliciter un titre de séjour, et donc devenir ressortissant étranger en situation régulière bénéficiant de la CMU en raison de son état de santé⁴⁹, **alors même qu'il est déjà bénéficiaire de l'AME.**

L'instruction de son dossier de demande de séjour pour maladie repose sur un avis médical formulé par un médecin inspecteur de santé publique (ou par le médecin chef de la préfecture de police à Paris). Elle conduit le préfet du département de résidence du demandeur à accorder soit un titre de séjour d'une durée supérieure à un an, soit une autorisation provisoire de séjour (de trois ou six mois renouvelable) à des étrangers atteints de pathologies lourdes qui ne peuvent être prises en charge dans leur pays d'origine (cf. annexe IV).

Tableau 7 : Nombre d'avis et de cartes de séjour délivrées à des étrangers malades

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique	1 500	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008	ND
Nombre de cartes de séjour délivrées à des « étrangers malades »	ND	1 996	3 414	4 183	5 524	7 455	7 196

Sources : Rapport annuel du CICI 2006 et direction de la population et des migrations

Ce « droit au séjour pour raisons de santé » est en constante progression. Sans l'existence de cette procédure, les étrangers concernés auraient sans doute accru le nombre de bénéficiaires et le coût de l'AME.

S'il est difficile d'évaluer les effets de transferts entre cette procédure et l'AME, on peut cependant constater :

- un renforcement des possibilités de contrôle médical pour lutter contre une suspicion de détournement de la procédure pour des étrangers à qui le séjour en France a été refusé⁵⁰ ;
- un traitement différent à pathologie identique en fonction du pays d'origine, puisque c'est la capacité de soins dans ce dernier qui est le facteur discriminant ;

⁴⁹ Conformément à l'article L. 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (introduit par la loi n°98-349 du 11 mai 1998), une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » lui est alors délivrée.

⁵⁰ Sources : Le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine remis le 6 avril 2006 mentionne : « Quant à la procédure permettant à des étrangers malades de rester en France pour s'y faire soigner, elle semble faire l'objet de détournements. ». Le rapport de l'IGAS (RM2006-139A de décembre 2006 - « Évaluation de l'utilisation des compétences médicales dans les services déconcentrés des ministères sociaux - Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique (MISP) sur le maintien des étrangers malades sur le territoire ») établi par M. Jean-François BENEVISE et M. Alain LOPEZ, indique également la possible utilisation de cette procédure comme ultime recours.

- une vraisemblable hétérogénéité des réponses locales à pathologie et pays d'origine identiques, compte tenu de la procédure⁵¹.

B. La gestion de l'AME par la CNAMTS est dans l'ensemble satisfaisante

1. La procédure d'ouverture des droits est gérée rigoureusement par les hôpitaux et les CPAM

Les CPAM ont le monopole de l'instruction et de l'ouverture des droits, les hôpitaux n'étant en aucun cas décisionnaires en matière d'affiliation à l'AME. Si l'organisation n'est pas identique sur l'ensemble du territoire, toutes les CPAM visitées assurent une gestion rigoureuse en **dissociant la phase d'instruction de la délivrance de l'attestation**.

Les demandeurs d'AME peuvent s'adresser directement aux CPAM. Dans ce cas, les personnels d'accueil des caisses recueillent les pièces justificatives nécessaires et contrôlent notamment l'identité et la stabilité de résidence en France. Seules les ressources, illégales et difficilement vérifiables, font encore l'objet de déclarations sur l'honneur.

Les associations agréées et les hôpitaux peuvent également aider à la constitution des dossiers. La recherche par les hôpitaux d'une couverture sociale pour des personnes en situation précaire se présentant sans pouvoir justifier d'une prise en charge apparaît bien organisée (cf. *supra* § I, B, 2). Ceux-ci se livrent à des investigations poussées pour présenter aux CPAM des dossiers de demande d'AME complets.

Dans tous les cas, il n'y a pas de délivrance immédiate des attestations. C'est le centre de gestion du lieu de l'accueil ou un centre de gestion spécialisé (à Paris) qui procède à un contrôle de cohérence des dossiers transmis et décide de l'attribution de l'AME.

2. Les factures AME sont intégrées dans les contrôles mis en œuvre par les CPAM

L'ouverture effective d'un droit à l'AME est contrôlée systématiquement à la réception des factures de soins à des bénéficiaires de l'AME qui sont traitées dans le flux général des dossiers reçus par les CPAM.

Ainsi, lorsque la facture est télé-transmise, aucune distinction n'est faite par mode de prise en charge et les factures AME sont incluses dans le lot commun. De même, lorsqu'une feuille de soins délivrée par un médecin libéral pour un bénéficiaire d'AME est envoyée à la CPAM, elle est insérée dans le flux des feuilles de soins adressées par ce praticien. La seule exception relevée par la mission à cette gestion banalisée est l'existence d'un centre de traitement dédié à Paris, seul département où existe un nombre suffisant de dossiers pour qu'une telle organisation soit justifiée.

La concordance entre les informations fournies par les médecins et les hôpitaux sur les patients au moment de l'envoi des factures et les informations inscrites dans la base de données opérantes (BDO) est systématiquement vérifiée, pour les factures des médecins comme pour celles des hôpitaux. Si les données ne correspondent pas, les factures sont rejetées. Ces contrôles permettent donc de s'assurer que l'hôpital n'a pas imputé sur l'AME des dépenses dues à d'autres patients que des bénéficiaires de l'AME. **Les hôpitaux ne peuvent donc faire supporter par l'AME les dépenses d'étrangers qui n'y sont pas éligibles** (cf. annexe VI).

⁵¹ Le rapport IGAS précité (cf. note de bas de page n°49) propose d'améliorer la cohérence du dispositif.

Par ailleurs, l'AME est intégrée dans la politique de détection des fraudes et abus de la CNAMTS, qui **ne prend pas pour critère de sélection le type de prise en charge**. Les contrôles opérés sur les consommateurs (contrôle des « méga-consommateurs » en particulier) permettent de détecter, soit des prescriptions atypiques de médecins, soit les consommations anormalement élevées de médicaments indiquant l'existence potentielle d'un trafic. Ces contrôles concernent les bénéficiaires de l'AME au même titre que n'importe quel assuré social.

Au total, la combinaison d'un dispositif de contrôles spécifiques à l'ouverture des droits avec les contrôles de droit commun opérés par les CPAM apparaît de nature à limiter les risques de fraude à l'AME. Les données qui seront fournies pour la première fois par la CNAMTS dans le cadre de sa deuxième synthèse annuelle⁵² relative à la fraude permettront de rapporter le préjudice estimé pour les fraudes en matière d'AME au préjudice total de fraudes à l'assurance maladie (119,6 M€ en 2006). Une analyse des types de fraudes et abus détectés, ainsi que du montant du préjudice en jeu devrait permettre de déterminer si des contrôles spécifiques complémentaires pour l'AME nécessitent d'être mis en œuvre.

3. La mission a relevé des bonnes pratiques qui ne sont pas mutualisées

Lors de ses investigations, la mission a identifié de bonnes pratiques dans certaines CPAM, qui gagneraient à être mutualisées :

- la CPAM de Paris délivre les attestations d'AME sur du **papier non-photocopiable**. Cette pratique paraît de nature à lutter contre d'éventuelles fraudes en évitant que puisse être facilement dupliquée une attestation d'AME au bénéfice d'une personne qui n'y serait pas éligible ;
- la CPAM de Paris recense les **refus d'AME** dans une base informatisée dénommée RAME. Ainsi, un demandeur débouté ne peut présenter de demande à un autre guichet (cf. annexe VI). La CPAM de Bobigny a également développé une application informatique pour suivre les refus d'AME mais les agents ne la consultent pas systématiquement lors de l'instruction des demandes ;
- la CPAM de Paris a adopté une politique restrictive en matière de **délivrance de duplicata** d'attestations d'AME. Elle ne délivre en effet qu'un seul duplicata qu'elle adresse par courrier au demandeur (en enregistrant cette délivrance) alors que les autres caisses n'ont pas défini de doctrine en la matière et peuvent délivrer plusieurs duplicata à un même demandeur sans vérification ;
- à la CPAM de Rouen, les agents des guichets des centres d'accueil connaissent les conditions d'éligibilité aux différents dispositifs et peuvent donc jouer un rôle de premier filtre et d'orientation. Leur **polyvalence** leur permet d'inciter les étrangers présents depuis moins de trois mois à déposer une demande d'AME ultérieurement et les étrangers en situation régulière à demander une prise en charge à la CMU ;
- la CPAM de Marseille a des procédures plus rigoureuses que les autres pour le **suivi des dossiers de soins urgents** (cf. annexe VII).

⁵² Cette synthèse annuelle est prévue par la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005. L'arrêté du 16 juin 2006 fixant le contenu et le calendrier de cette synthèse prévoit un développement sur l'AME.

De plus, un groupe de travail de la CNAMTS et des CPAM de la région parisienne a été mis en place pour harmoniser les pratiques d’instruction, d’immatriculation et de contrôle. Dans ce cadre sont notamment envisagées l’extension de la base RAME aux départements limitrophes de Paris et l’uniformisation des procédures d’immatriculation par l’utilisation d’un numéro national provisoire partagé (cf. annexe VI).

Par ailleurs, les services administratifs des hôpitaux visités à Marseille procèdent à des contrôles complémentaires en demandant un justificatif d’identité aux détenteurs d’attestations AME. Cette précaution n’est d’ailleurs pas seulement administrative mais également médicale, puisqu’elle permet de vérifier que le titulaire de l’attestation d’AME correspond bien au patient déjà identifié (groupe sanguin, pathologies passées, allergies éventuelles, *etc.*) et d’éviter ainsi des prescriptions ou des soins inadaptés.

C. La dette réclamée par la CNAMTS à l’État, qui s’élève à 800 M€ au 30 septembre 2006, est due

1. La dette de l’État résulte de l’insuffisance de crédits en loi de finances depuis 2000

Les crédits votés pour l’AME chaque année en lois de finances initiales et éventuellement en lois de finances rectificatives n’ont permis de couvrir les montants facturés par la CNAMTS à ce titre qu’en 2002 et 2004. Les constats de la mission permettent d’établir que les dépenses facturées sont justifiées, puisque :

- ces dépenses sont réelles et correspondent à des soins effectivement réalisés ;
- les hôpitaux ne peuvent basculer des créances irrécouvrables sur ce poste ni affilier à l’AME des personnes qui n’y seraient pas éligibles, compte tenu du sérieux des contrôles effectués par les CPAM et du monopole de délivrance des attestations dont elles disposent (cf. *supra* § III, B, 1) ;
- aucune double facturation de ces soins n’est possible (cf. annexe VI).

Dans ce contexte, il apparaît que **le dispositif de l’AME a fait l’objet d’une sous-budgétisation depuis sa création**. Si les informations statistiques fournies par la CNAMTS ont pu être insuffisantes voire erronées par le passé, aucune contre-expertise du montant de la dette réclamée depuis 2000, ni calcul du montant disponible chaque année pour l’AME de droit commun après paiement des autres dispositifs pris en charge par l’enveloppe AME, n’ont été effectués. La mission a d’ailleurs rencontré des difficultés à reconstituer le montant exact des différents versements et des facturations (cf. tableau final de l’annexe VII).

2. La dette de l’État au titre de l’AME de droit commun s’élève à 800 M€

La mission a constaté que les données relatives aux crédits versés par l’État à la CNAMTS dont disposent la CNAMTS et les ministères chargés du budget et des affaires sociales ne coïncident pas, du fait de la complexité liée aux multiples dispositifs financés par l’enveloppe AME (cf. annexe VII) et de versements directs de crédits par les DDASS aux CPAM jusqu’en 2002 pour apurer des dettes antérieures à 2000 (liées à l’ancienne aide médicale gratuite). En recoupant les différentes données, la mission a reconstitué dans le tableau suivant le montant de la dette cumulée due par l’État à la CNAMTS au titre de l’AME.

Tableau 8 : Dette de l'État vis-à-vis de la CNAMTS au titre de l'AME

Année	Crédits LFI	Crédits LFR*	Autres crédits**	Enveloppes diverses prélevées***	Crédits versés à la CNAMTS ou aux CPAM par les DDASS (1)	Dépenses CNAMTS pour l'AME de droit commun (2)	Dette annuelle (2-1)	Dette cumulée sur l'AME de droit commun
2000	75,46 M€	0,00 M€	0,28 M€	15,50 M€	62,01 M€	113,61 M€	51,60 M€	51,60 M€
2001	53,35 M€	7,62 M€	0,44 M€	11,19 M€	50,27 M€	207,77 M€	157,50 M€	209,10 M€
2002	60,98 M€	445,00 M€	0,00 M€	103,25 M€	402,73 M€	377,30 M€	- 25,43 M€	183,67 M€
2003	233,48 M€	0,00 M€	15,37 M€	24,78 M€	209,99 M€	505,47 M€	295,48 M€	479,15 M€
2004	233,48 M€	208,45 M€	15,84 M€	45,08 M€	412,70 M€	422,49 M€	9,79 M€	488,94 M€
2005	233,48 M€	0,00 M€	0,27 M€	48,44 M€	185,04 M€	376,90 M€	191,86 M€	680,80 M€
2006 (au 30/09)	233,48 M€	26,82 M€	2,99 M€	43,95 M€	219,35 M€	339,62 M€	120,27 M€	801,07 M€

Source : Calculs de la mission à partir de données de la CNAMTS, de la DGAS, de la DSS et de la direction du budget

* Les crédits de la colonne « crédits LFR » sont inscrits à leur année de paiement et non à celle de leur vote.

** Reports de crédits et crédits transférés du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante par fongibilité au sein du programme 183 (2,5 M€ en 2006)

*** Soins urgents, AME « humanitaire », soins de personnes gardées à vue ou placées en rétention administrative, évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion, dettes antérieures à 2000 liées à l'ancienne aide médicale gratuite (cf. annexe VII pour le détail de chacune de ces enveloppes).

Au total, il apparaît que la dette de l'État vis-à-vis de la CNAMTS s'élève à environ 800 M€ à fin septembre 2006 au titre de la seule AME de droit commun (hors problématique des soins urgents, développée dans l'annexe VII).

Il convient d'ajouter à ce montant les factures du quatrième trimestre 2006, qui devraient être présentées par la CNAMTS au mois de février 2007, puisque aucun crédit complémentaire ne permettra de financer ces créances. Celles-ci sont estimées à 112 M€ par la CNAMTS, ce qui semble réaliste. **La dette totale de l'État au titre de l'AME devrait donc dépasser les 910 M€ au 31 décembre 2006**

Ce montant représente près du tiers de la dette totale de l'État au titre de dispositifs gérés par la CNAMTS (2,82 Mds € prévus pour fin 2006 par la CNAMTS en incluant les exonérations de charges sociales non compensées) et constitue un facteur important de tension dans les relations entre l'État et la CNAMTS.

IV. LE MAINTIEN JUSTIFIE D'UN DISPOSITIF SPECIFIQUE N'EMPECHE PAS L'AMELIORATION DE SA GESTION ET UNE REFORME DE SON FINANCEMENT

La mission s'est efforcée de proportionner ses recommandations aux enjeux : si l'AME constitue un dispositif de faible taille au regard de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie pour lequel les marges de manœuvre sont limitées, il revêt une importance symbolique forte.

Les propositions qui suivent ont ainsi pour objectif de **garantir l'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière, tout en améliorant l'efficience du dispositif.**

Elles reposent sur deux principes essentiels :

- **les besoins de santé des personnes en situation irrégulière**, comparables à ceux du reste de la population vivant en France, **doivent être pris en charge**, tant pour des raisons humanitaires qu'en raison de la nécessité de préserver la santé publique. Si la solvabilisation des patients au moyen d'un dispositif de solidarité constitue une dépense non négligeable, il serait illusoire de penser que les coûts des besoins de soins pourraient être intégralement supportés par les acteurs du système de santé en cas de suppression du dispositif. Cette dernière ferait en outre obstacle aux politiques de lutte contre certaines pathologies transmissibles, notamment du fait d'inévitables refus de soins ;
- les aménagements proposés par la mission doivent **demeurer neutres par rapport à la politique d'immigration** et ne pas avoir pour effet d'accroître l'attractivité du territoire national.

A. Malgré les inconvénients qu'il induit, le maintien d'un dispositif spécifique pour les étrangers en situation irrégulière semble inévitable

1. Une fusion de l'AME et de la CMU doit être écartée

Les similitudes entre les dispositifs de l'AME et de la CMU (de base et complémentaire) pourraient inciter à les fusionner. Autoriser les étrangers en situation irrégulière à accéder à la CMU – et donc à disposer d'une carte Vitale – présenterait, à première vue, plusieurs avantages :

- des économies de gestion pour les CPAM, puisqu'il s'agirait d'intégrer la gestion des moins de 200 000 bénéficiaires de l'AME à celle d'un dispositif couvrant plus de vingt fois plus de personnes affiliées ;
- un meilleur accès à la médecine de ville et une réduction du nombre de refus de soins, en mettant fin à la méfiance des médecins à l'égard d'une attestation papier peu connue de la majorité des praticiens et en accélérant les délais de remboursement de leurs prestations ;
- une sécurisation des procédures grâce aux télétransmissions sécurisées que permet la carte Vitale.

Cependant, accorder l'accès à la CMU de base et complémentaire à des personnes en situation irrégulière sur le territoire poserait trois types de difficultés.

D'une part, cela impliquerait de **revoir un des principes sur lesquels est bâti le droit de la sécurité sociale**, en conférant à cette dernière une universalité inédite par l'attribution du statut d'assuré social aux étrangers en situation irrégulière, alors même que la régularité du séjour constitue le discriminant entre assuré social et bénéficiaire de l'AME.

D'autre part, l'intégration de l'AME dans la CMU se heurterait à des **obstacles pratiques**, puisque les caractéristiques mêmes de la population concernée empêchent la mise en place d'un dispositif de couverture sociale totalement identique :

- l'immatriculation des étrangers en situation irrégulière ne pourrait pas toujours suivre la procédure prévue pour les assurés sociaux, du fait de l'impossibilité de leur attribuer systématiquement un NIR et de les inscrire au répertoire national inter-régime de l'assurance maladie (RNIAM) ;
- l'octroi de cartes Vitale, qui n'ont en pratique pas de limitation de durée de validité, entre en contradiction avec l'absence de régularité au regard du droit du séjour de cette population, dont découle en principe une durée de résidence limitée sur le territoire français⁵³.

Enfin, une telle fusion des dispositifs poserait des problèmes **d'équité envers les assurés sociaux**. Permettre aux personnes en situation irrégulière d'accéder à la CMU mettrait au même niveau de droits les étrangers en situation irrégulière et ceux en situation régulière alors qu'il ne serait pas possible de leur imposer les mêmes devoirs : il ne serait notamment pas possible de leur demander de justifier leur niveau de ressources, invérifiables le plus souvent, alors qu'on l'exige des bénéficiaires de la CMU.

Au total, ces différents obstacles, à la fois symboliques et techniques, l'emportent sur les avantages escomptés. La mission considère par conséquent qu'il convient d'écarter une fusion de la CMU et de l'AME.

2. Attribuer une carte spécifique aux bénéficiaires de l'AME, sans pour autant en faire des assurés sociaux, pourrait constituer une solution efficace

L'amélioration du dispositif actuel de prise en charge des étrangers en situation irrégulière demeure nécessaire, que ce soit pour mieux garantir l'accès aux soins de ville ou pour sécuriser le dispositif.

La création d'une carte spécifique, qui présenterait des caractéristiques techniques comparables à celles de la carte Vitale mais serait d'apparence différente, **répondrait à ce double objectif tout en évitant les inconvénients d'une fusion de l'AME et de la CMU** mentionnés *supra* (cf. § 1).

Des adaptations techniques apparaissent toutefois nécessaires avant la mise en place d'une telle « carte AME » :

- la mise à jour des terminaux des professionnels de santé, qui devraient reconnaître ces cartes pour pouvoir télé-transmettre les données qu'elles contiennent ;
- si la création d'un fichier national nominatif des personnes en situation irrégulière n'apparaît pas nécessaire, des procédures d'immatriculation spécifiques devront être prévues⁵⁴.

⁵³ Il semblerait délicat de récupérer les cartes Vitale des étrangers en situation irrégulière lorsqu'ils quittent le territoire (que ce soit de leur plein gré ou à l'occasion d'une reconduite à la frontière) pour les désactiver. Une telle action supposerait une coordination accrue entre les services d'immigration et la CNAMTS.

⁵⁴ Les difficultés liées au contrôle de l'accès à ces données rendent sans doute nécessaire une consultation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Une première analyse de l'impact de cette proposition, réalisée par la CNAMTS à la demande de la mission, n'a pas révélé d'obstacle majeur mais souligne la nécessité de prévoir un délai d'environ deux ans. En tout état de cause, la mise en œuvre d'une telle carte devrait faire l'objet d'une expertise approfondie, afin d'évaluer son coût de production et le coût d'adaptation des applications informatiques. Cette expertise devrait être produite rapidement, afin d'inscrire le cas échéant la modification des applications dans le cahier des charges des systèmes informatiques de gestion de la carte Vitale de deuxième génération.

B. Si les sources d'économie potentielles sont limitées, l'efficience de l'aide médicale d'État peut être améliorée

1. Aucune économie substantielle n'est envisageable

a) Une restriction de l'accès aux soins ou du panier de soins doit être écartée

Le niveau de la dépense d'AME est largement corrélé au nombre d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire national et les pistes d'économies apparaissent donc limitées. Si la mission s'est interrogée sur la possibilité de restreindre sensiblement la dépense en limitant aux seuls soins urgents la prise en charge des étrangers en situation irrégulière ou en limitant les soins couverts par l'AME, elle n'a pas retenu ces orientations.

D'une part, la seule prise en charge des soins urgents présenterait des inconvénients majeurs. La restriction des dépenses couvertes par l'AME aux seuls soins urgents se heurterait aux difficultés liées à la définition de l'urgence médicale constatée aujourd'hui pour le dispositif des soins urgents et reporterait la responsabilité de la maîtrise de la dépense sur les médecins. La décision du médecin est actuellement facilitée par le fait qu'il sait que le patient sera pris en charge au plus trois mois plus tard, lorsque ses droits à l'AME seront ouverts. Choisir de différer à une date inconnue tout soin considéré comme non urgent poserait des problèmes éthiques autrement plus graves.

En outre, cette restriction ne permettrait pas de réaliser des économies substantielles et présenterait des risques en matière de prévention et de suivi. Elle aurait en effet pour conséquence :

- le report sur les offreurs de soins de la majeure partie de l'apparente économie réalisée, puisque les patients seraient de toute façon soignés. Les actes gratuits de praticiens libéraux, les créances irrécouvrables des hôpitaux et les fonds des associations (le plus souvent subventionnées par l'État) se substitueraient aux crédits de l'État ;
- l'augmentation probable des retards aux soins, qui entraînerait la dissémination de pathologies transmissibles et alourdirait à terme le coût des soins délivrés ;
- la diminution des possibilités de suivi de l'état de santé des étrangers en situation irrégulière.

D'autre part, la définition d'un panier de soins spécifique apparaît complexe. En effet, la limitation des soins couverts ne constitue pas une piste réaliste :

- la restriction du panier de soins apparaît délicate, dans la mesure où l'AME ne couvre pas de soins « de confort »⁵⁵ ;
- il semble difficilement concevable de demander à un médecin ayant établi un diagnostic de renoncer à soigner le patient concerné compte tenu des règles de déontologie médicale et des risques sur le plan de la responsabilité pénale ;
- il est vraisemblable que les personnels médicaux soigneraient les patients qui se présentent à eux, y compris pour des soins exclus du panier AME, et que les coûts correspondants viendraient alourdir les créances irrécouvrables des hôpitaux.

b) La mise en œuvre d'un ticket modérateur poserait des difficultés importantes

La LFR pour 2002 prévoyait la mise en œuvre d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'AME, dans une logique de responsabilisation. Cette disposition législative n'a cependant pas été suivie de décrets d'application, du fait des difficultés techniques auxquelles elle se heurte et du report de charge sur les professionnels de santé et les hôpitaux qu'elle induirait (cf. *supra* § II, A, 2).

La mission est réservée quant à la mise en œuvre de ce dispositif, sauf à déroger aux principes de la comptabilité publique en instituant une contribution qui ne ferait l'objet d'aucune mesure coercitive de recouvrement en l'absence de paiement. Toutefois, cette solution, outre les problèmes d'équité qu'elle soulève, serait techniquement difficile à mettre en œuvre. En effet, le comptable public devrait gérer spécifiquement cette recette et ne pas diligenter de poursuites à l'encontre des bénéficiaires de l'AME en l'absence de paiement. Or les chaînes de recouvrement de la direction générale de la comptabilité publique sont très largement automatisées et prévoir une exception pour l'AME supposerait des transformations informatiques lourdes.

c) L'anticipation du passage à une tarification à l'activité pour l'AME se heurterait à des obstacles techniques lourds

Le basculement à une tarification à l'activité pour l'AME pourrait réduire le coût apparent des soins hospitaliers. Une piste potentielle d'économie au titre de l'AME pour l'État consisterait ainsi à basculer la tarification des soins AME du tarif journalier de prestation (qui est également appliqué pour la part restant à charge des assurés sociaux) vers une tarification à l'activité. Les calculs effectués par l'AP-HP à la demande de la mission font ressortir une diminution potentielle de 45 % du montant facturé à l'État⁵⁶. Même si ce chiffre partiel, issu de retraitements demandés par la mission à l'AP-HP, doit être considéré avec précaution, une extrapolation de ce résultat à l'ensemble des hôpitaux, conduirait à constater une baisse de la dépense d'AME de plus de 100 M€ pour 2005.

⁵⁵ Le seul type de soins mentionné par les interlocuteurs de la mission comme pouvant être exclu d'une prise en charge par l'AME concerne les fécondations *in vitro*, dont le nombre apparaît au demeurant très limité.

⁵⁶ Les calculs menés par l'AP-HP pour les factures AME de l'année 2005 ont exigé un lourd travail de rapprochement des données de facturation, de celles du PMSI et des tarifs des groupes homogènes de séjour. Ils aboutissent à un total de 53 M€ en tarification à l'activité au lieu de 97M€ actuellement.

Toutefois, non seulement les hôpitaux devraient supporter en charges cette économie apparente mais le passage simultané pour tous les hôpitaux à la tarification à l'activité introduirait des déséquilibres locaux et des transferts de charges difficilement justifiables. En effet, le tarif journalier de prestation est adapté à la structure de coûts de chaque hôpital alors que la tarification à l'activité est uniforme⁵⁷.

Les obstacles techniques rendent cette piste difficilement envisageable. Dans le cadre de la tarification à l'activité pour les séjours des assurés sociaux, la facturation directe à l'assurance maladie n'est envisagée que pour 2008 et 2009⁵⁸, alors que la prise en charge des patients AME est déjà facturée directement, mais au TJP. La mise en œuvre de la réforme anticipée de la tarification des séjours AME devrait tenir compte de ce calendrier ou impliquerait de renoncer à la facturation directe au fil de l'eau et individualisée pour passer à une facturation globale et mensuelle, transitant par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Les hôpitaux devraient alors indiquer, dans leurs transmissions aux ARH, non seulement le taux de couverture sociale (comme prévu dans le cadre de la suppression du taux de conversion) mais également le type de couverture sociale en ce qui concerne les bénéficiaires de l'AME, pour que les ARH puissent isoler les dépenses liées aux séjours de cette population.

Le passage à une tarification à l'activité avant le basculement prévu pour l'ensemble des assurés sociaux imposerait donc de lever les obstacles techniques par une **modification lourde des applications informatiques des hôpitaux** et ne pourrait donc en aucun cas être immédiate.

En l'absence d'évaluation des variations de recettes induites pour chaque établissement de santé et dans l'attente d'une nécessaire réforme plus globale, la mission recommande donc de **ne pas anticiper pour la seule AME le basculement de la tarification au tarif journalier de prestation vers la tarification à l'activité.**

2. Des marges d'amélioration de l'efficience demeurent

a) Mieux contrôler l'ouverture et les renouvellements des droits

Dans l'attente de la mise en place d'une carte spécifique à l'AME, si cette solution est retenue, les propositions suivantes sont susceptibles d'améliorer le niveau de contrôle du dispositif.

– Harmoniser les pratiques de gestion entre CPAM

La mission a constaté lors de ses investigations que l'instruction des dossiers de demandeurs d'AME était effectuée par un service distinct de celui qui prend la décision d'attribution. Cette organisation, qui permet des contrôles internes, est pertinente.

⁵⁷ Si ce mode de calcul était généralisé (tarification du ticket modérateur de 20 % supporté par les assurés sociaux ou leur assurance complémentaire à l'activité et non plus aux tarifs journaliers de prestations), l'écart de coût global s'élèverait à plus de 8 Mds €. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) estime en effet, dans son rapport sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé de juillet 2006, que l'application de cette règle de calcul ferait passer l'assiette du ticket modérateur de 35 Mds € à 26,5 Mds €. Elle préconise par conséquent de redéfinir le dispositif de participation de l'assuré pour l'adapter à la tarification à l'activité.

⁵⁸ La circulaire DHOS/F1/F4 n°2006-532 du 15 décembre 2006 prévoit une facturation directe des actes et consultations externes en 2008 et des séjours en 2009.

Par ailleurs, diverses bonnes pratiques pourraient être généralisées :

- en matière de **délivrance de duplicata d'attestation AME**, la mission préconise la mise en place d'un suivi dans chaque CPAM, comme c'est le cas à Paris, afin d'éviter la circulation de multiples duplicata qui peut être à l'origine de fraudes ;
- l'**utilisation de papier non-photocopiable** pour les attestations AME (observée uniquement à Paris par la mission) apparaît comme une mesure simple de lutte contre la fraude, qui peut être généralisée à court terme ;
- s'agissant du **contrôle des ressources**, la mission préconise que la CNAMTS fixe des règles nationales sur les ressources prises en compte et indique explicitement comment vérifier certains éléments. La pertinence de l'évaluation du montant de l'avantage en nature lié à l'occupation d'un logement à titre gratuit, qui apparaît délicate à mettre en œuvre, pourrait être remise en cause ;
- en matière d'**attribution de numéros provisoires** aux bénéficiaires de l'AME, il conviendrait que la CNAMTS fixe une règle nationale, afin d'éviter les doublons et de mieux identifier cette population.

– **Améliorer le contrôle des renouvellements de droits**

La mission s'est interrogée sur l'opportunité de procéder à un renouvellement plus régulier des droits (par exemple six mois au lieu d'un an). Elle a toutefois écarté cette hypothèse, qui ne permet pas de sécuriser véritablement le dispositif et présenterait un surcoût non négligeable de gestion.

En revanche, la mission préconise que **la condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois soit à nouveau contrôlée lors du renouvellement**, afin d'éviter que des personnes ayant quitté le territoire y reviennent pour bénéficier de soins.

– **Développer les fichiers communs de refus à l'AME et mettre en place une attestation sécurisée avec photographie**

Dans l'hypothèse du maintien d'une attestation sur papier, la **généralisation du fichier des refus d'AME** en région parisienne actuellement à l'étude (cf. *supra* § III, B, 2) fournirait un outil efficace de lutte contre la fraude en évitant les inscriptions multiples à l'AME. La mission préconise en outre que soit étudiée, en termes de faisabilité et de coût, la possibilité d'étendre ce fichier aux régions comptant de nombreux bénéficiaires d'AME (Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais ou Provence-Alpes-Côte d'Azur) mais aussi aux départements comptant plusieurs caisses (comme la Seine-Maritime, qui compte quatre caisses : Rouen, Le Havre, Dieppe et Elbeuf ou le Nord qui en compte neuf) dont la proximité pourrait amener des étrangers refusés dans une caisse à tenter leur chance dans une autre.

Dans cette même logique de lutte contre d'éventuelles fraudes, **la mise en place d'une attestation sécurisée avec photographie**, prévue par décret (cf. *supra* § II, A, 2), **devrait être expérimentée**. En effet, si la production d'une attestation sécurisée est susceptible d'améliorer l'accès des bénéficiaires de l'AME à la médecine de ville, elle emporte également un risque de retard aux soins, puisque ce document prouvant l'identité et le caractère irrégulier de la présence sur le territoire renforce les risques en cas de contrôle par les forces de police ou de gendarmerie.

Une expérimentation d'une durée de six mois dans trois ou quatre CPAM comptant un nombre représentatif de bénéficiaires permettrait de tester les différentes solutions techniques envisageables (photographie scannée ou agrafée et tamponnée) et d'en évaluer le coût. À l'issue de cette phase d'expérimentation, la CNAMTS pourrait en présenter les résultats à l'État. La décision d'élaborer un modèle de formulaire national *Cerfa* devra également prendre en compte l'état d'avancement du projet de « carte AME » mentionné *supra* (cf. § A, 2).

– **Améliorer les contrôles des CPAM sur les soins urgents**

La mission recommande d'**appeler les CPAM à mieux filtrer les factures de soins urgents, en recherchant systématiquement l'existence d'une éventuelle couverture sociale** du patient concerné (CMU, AME, assurance du pays d'origine) dans la base de données opérante avant d'accepter une inscription aux soins urgents, comme cela est fait à la CPAM de Bobigny.

La garantie de mise en œuvre d'un filtrage effectif des dossiers par les CPAM pourrait d'ailleurs constituer un préalable au paiement des frais de soins urgents engagés au cours de l'année 2005.

– **Étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents**

Le contrôle médical, dont l'extension aux soins urgents est prévue par la circulaire du 16 mars 2005 sans être mise en œuvre par la CNAMTS à ce jour (cf. annexe VII), pourrait également concerner les bénéficiaires de l'AME, le cas échéant en prévoyant l'adaptation juridique nécessaire.

Dans le contexte actuel, l'impact attendu demeurerait limité étant donné les caractéristiques des prestations offertes (essentiellement en nature) et la prépondérance des soins en milieu hospitalier, pour lesquels les abus de soins ne peuvent *a priori* être suspectés. Ce contrôle serait néanmoins justifié sur le principe pour des raisons d'équité vis-à-vis des assurés sociaux. Il pourrait notamment être envisagé pour permettre aux praticiens conseils de vérifier la nature des prescriptions des gros consommateurs repérés.

b) Aligner les devoirs des bénéficiaires de l'AME sur ceux des assurés sociaux

La mission a identifié deux points sur lesquels les conditions d'accès des bénéficiaires de l'AME sont plus favorables que celles des assurés sociaux, ce qui appelle des évolutions.

– **Restreindre l'accès direct aux médecins spécialistes**

En premier lieu, grâce à la dispense d'avance de frais dont ils bénéficient et à l'absence de parcours de soins, les patients AME ne connaissent en apparence aucune restriction d'accès à la médecine ambulatoire. Ils peuvent donc en théorie avoir accès au médecin spécialiste de leur choix sans avoir consulté auparavant un généraliste, et ce sans pénalité financière.

Il semble néanmoins délicat de demander aux bénéficiaires de l'AME de désigner un médecin traitant et de les insérer dans un parcours de soins, compte tenu de la mobilité d'une partie de cette population et de l'impossibilité de les sanctionner financièrement. Pour autant, la mission préconise d'intégrer la contrainte qui pèse aujourd'hui sur les assurés sociaux et de rationaliser l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires de l'AME, **en rendant obligatoire le passage par un généraliste pour accéder à un spécialiste.**

À défaut, le patient AME devrait régler l'intégralité de la charge de la consultation, compte tenu de l'impossibilité de lui faire payer une partie du coût dans un dispositif de dispense d'avance de frais. Les exceptions prévues au parcours de soins (accès direct à la pédiatrie, à la psychiatrie, à la gynécologie et à l'ophtalmologie) devraient naturellement être applicables aux bénéficiaires de l'AME.

– **Pénaliser le refus de médicaments génériques**

La seconde voie de rationalisation préconisée par la mission concerne la délivrance des médicaments génériques en officine. En effet, un bénéficiaire de l'AME a aujourd'hui la possibilité de refuser la substitution proposée par le pharmacien sans conséquence financière. Or la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit que les assurés sociaux qui refuseraient une telle substitution ne peuvent être dispensés de l'avance de frais.

La transposition de cette règle aux bénéficiaires de l'AME supposerait de leur permettre de réclamer ensuite un remboursement des frais engagés, ce qui alourdirait les charges de gestion des CPAM et introduirait un risque de fraude. La mission préconise par conséquent que **la totalité de la somme soit laissée à la charge du bénéficiaire si celui-ci refuse une substitution par un produit générique.**

Ces recommandations présentent avant tout un intérêt symbolique, les économies liées à leur mise en œuvre étant vraisemblablement modestes. En effet, il est rare que les bénéficiaires de l'AME s'adressent directement à un médecin spécialiste, ainsi que l'ont souligné plusieurs interlocuteurs de la mission. Quant à la délivrance des médicaments génériques en officine, une étude faite par la CPAM de Paris sur le mois de septembre 2006 montre que les bénéficiaires de l'AME en consomment déjà davantage que les assurés sociaux (64,3 % contre 48,6 %).

c) Proposer systématiquement une visite de prévention

Compte tenu de l'impact sur la santé publique de pathologies dont souffrent certains bénéficiaires de l'AME, la mission recommande de **proposer systématiquement une visite de prévention** lors de la délivrance d'une attestation AME. Aucun obstacle juridique ne semble en effet empêcher les personnes bénéficiaires de l'AME de participer à des actions de prévention ou de dépistage. Cette mesure pourrait permettre d'éviter des dépenses de soins potentiellement plus lourdes.

Les vaccinations et les actions de dépistage devraient toutefois tenir compte du pays d'origine et des pathologies qui y sont endémiques (VIH, tuberculose, diabète, *etc.*), afin de cibler au mieux les risques de santé. Le COMEDE, qui a développé une pratique de bilans de santé des personnes qui se présentent à lui, prend d'ailleurs en compte leur origine géographique. Une appréciation plus fine des risques en matière de santé publique est toutefois nécessaire, en tenant compte, outre l'origine géographique, des pathologies, de l'ancienneté en France, et des conditions de vie des patients concernés.

L'adaptation du contenu de ces visites de prévention suppose une expertise particulière, qui pourrait être confiée à la Haute autorité de santé, en liaison avec l'Institut de veille sanitaire. Les modalités opérationnelles de mise en œuvre de l'examen proprement dit mais également du suivi des personnes dépistées devraient faire l'objet d'une réflexion spécifique.

C. Le dispositif pourrait être simplifié

1. La résolution de la problématique des mineurs suppose de passer à une attestation individuelle

La décision du Conseil d'État du 7 juin 2006 annulant deux décrets d'application de la LFR pour 2003 « *en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles* » (cf. annexe VII) rend nécessaire une évolution de la réglementation (cf. *supra* § II, A, 2).

Une solution envisagée par l'administration consisterait à mettre en place un dispositif d'attestation transitoire pour les mineurs résidant en France depuis moins de trois mois. Outre la complexité pour les bénéficiaires et les professionnels de santé que représente l'introduction d'un nouveau type d'attestation à validité brève et les risques accrus de refus de soins qui l'accompagneraient, un tel dispositif transitoire constituerait une source de fraudes potentielles.

Par ailleurs, inscrire dans le CASF que les mineurs sont réputés remplir automatiquement les conditions pour une prise en charge au titre des soins urgents, ainsi que cela se fait actuellement sur la base de la circulaire du 16 mars 2005, ne suffirait pas à répondre intégralement aux exigences de la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990, puisque cela ne garantirait pas un accès des enfants à la médecine de ville.

Dans ces conditions, la mission préconise de **prévoir une affiliation à l'AME de tous les mineurs sans condition de durée de résidence en France**. Cette option entraînerait **l'abandon du système d'ayants droit**, inscrit pour l'AME à l'article L. 251-1 du CASF, **et la mise en place d'attestations individuelles**. Cette orientation ne devrait pas poser de difficulté pratique substantielle ni accroître sensiblement le temps d'instruction des dossiers par les CPAM puisque celles-ci analysent déjà la situation administrative de chaque ayant droit potentiel d'un bénéficiaire de l'AME. Elle nécessite toutefois une modification législative.

2. La possibilité de prise en charge au titre de l'AME pour la seule part complémentaire devrait être supprimée

Comme indiqué *supra* (cf. § III, A, 2), le dispositif d'AME complémentaire présente plusieurs inconvénients :

- une base juridique fragile ;
- une complexité importante pour les bénéficiaires et les professionnels de santé, qui peut conduire à des refus de soins ;
- une compréhension hétérogène du mécanisme par les CPAM.

Dans le cadre de la réforme en cours des règles de maintien de droits, la mission préconise de **supprimer le mécanisme d'AME complémentaire** et de renforcer la cohérence d'ensemble du dispositif de prise en charge des soins des étrangers basculant dans l'irrégularité, en prévoyant :

- pour les personnes qui bénéficient d'un maintien de droits au régime général (déboutés du droit d'asile ayant demandé mais non obtenu une place en CADA en particulier – cf. annexe IV), un maintien automatique du droit à la CMU complémentaire jusqu'à extinction du droit au régime de base et un basculement intégral à l'AME au-delà⁵⁹ ;
- pour les autres, une prise en charge intégrale des soins par l'AME dès lors qu'ils ne sont plus en situation régulière.

3. Le dispositif des soins urgents doit être revu, sans pour autant renoncer au caractère forfaitaire de l'enveloppe allouée par l'État

Compte tenu de la complexité de la procédure actuelle et de l'insuffisance des contrôles exercés dans certaines CPAM (cf. annexe VII), il semblerait plus rationnel à la mission de prévoir **une comptabilisation et une remontée « au fil de l'eau » des factures des hôpitaux vers les CPAM avec une validation en continu des dossiers « soins urgents » présentés.**

Le caractère forfaitaire prévu dans la loi pour l'enveloppe « soins urgents » a pour but de maintenir sous contrôle le montant de la dépense et de ne pas inciter les médecins hospitaliers et les CPAM à avoir une perception trop extensive des soins concernés, ce qui peut apparaître justifié. Pour autant, le calibrage initial de l'enveloppe a conduit à ne prévoir des crédits couvrant que moins de la moitié des factures présentées. Il pourrait avoir pour conséquence d'augmenter les créances irrécouvrables des hôpitaux, étant donné l'insuffisance de crédits pour couvrir les frais engagés en 2005 et l'absence prévisible de crédits pour régler les factures de 2006.

Un calibrage plus adapté de l'enveloppe suppose de tenir compte des spécificités de la situation outre-mer, qui concentre près de la moitié de la dépense (cf. annexe VII). La mission préconise donc de **prévoir des enveloppes spécifiques pour ces départements, tout en confirmant le caractère forfaitaire du dispositif en France métropolitaine et en faisant supporter à la CNAMTS les éventuelles insuffisances de financement.** Outre le souci de ne pas remettre en cause les dispositions votées lors de la LFR pour 2003, cette modalité d'organisation inciterait l'opérateur à plus de rigueur dans le rejet des factures et permettrait de conserver le principe d'une dotation forfaitaire sans en changer le montant. Cette modalité pourrait s'appliquer dès 2007, mais suppose d'apurer au préalable les dépenses effectuées en 2005 et 2006.

Dans le schéma proposé par la mission, le paiement des hôpitaux par les CPAM pourrait se faire au fil de la transmission des factures.

⁵⁹ Une telle évolution suppose d'adopter un décret pour permettre d'attribuer la CMU complémentaire pour une durée inférieure à un an (jusqu'à la fin de la période de maintien du droit au régime de base), ce qui n'est pas possible actuellement puisque la CMU complémentaire est systématiquement attribuée pour une durée d'un an.

Cette organisation présenterait plusieurs avantages, puisqu'elle permettrait :

- d'étaler la charge de travail pour les hôpitaux et les CPAM ;
- de comptabiliser plus rapidement les factures ;
- et de rembourser la part due aux hôpitaux plus rapidement qu'actuellement (au fur et à mesure au lieu d'en fin d'année N+2 actuellement).

4. La répartition des crédits pourrait être clarifiée en créant deux actions dans le programme budgétaire

Compte tenu du manque de lisibilité lié à l'existence d'une enveloppe budgétaire unique, la mission propose d'identifier plus clairement les crédits destinés à l'AME de droit commun et aux soins urgents d'une part et ceux destinés aux autres dispositifs d'autre part, en créant deux actions au sein du programme n°183.

Ce découpage ne remettrait pas en cause la possibilité de procéder, le cas échéant, à une fongibilité des différentes enveloppes. Il permettrait en outre de clarifier les sommes en jeu et de mettre plus clairement en évidence le fait que l'enveloppe budgétaire unique finance en réalité des dispositifs épars pour des publics divers.

D. Résoudre les difficultés de financement constitue un préalable à l'amélioration de la gouvernance

1. Désendetter l'État pour assainir la relation avec la CNAMTS

La résolution des difficultés de financement de l'AME suppose à la fois de solder la dette accumulée et d'éviter la constitution d'une dette future.

a) Régler le problème de la dette passée

La dette liée à l'insuffisance de crédits budgétaires disponibles depuis 2000 est due (cf. *supra* § III, C). Il reste à en définir les modalités pratiques de paiement, ce qui devra être fait en concertation entre la direction du budget et la CNAMTS. La dette AME s'inscrit dans la dette globale de l'État vis-à-vis de la CNAMTS et il n'existe *a priori* aucune raison de traiter différemment la dette issue de l'insuffisance de financement de l'AME.

En ce qui concerne les intérêts de retard sur cette dette, estimés par la CNAMTS à 13,4 M€ en 2005 et 19,0 M€ en 2006, aucun texte ne semble imposer à l'État de les verser à la CNAMTS⁶⁰.

⁶⁰ Si la LFSS a prévu en 2007 d'affecter des droits tabacs au régime général pour compenser le coût de l'impact négatif sur la trésorerie de l'ACOSS des dettes de l'État, il s'agit d'une décision prise en opportunité.

b) Éviter la constitution d'une dette future

Sur la base d'un prolongement de la tendance constatée en 2006 et d'un nombre de bénéficiaires stable (autour de 190 000), on peut estimer le niveau de dépense pour 2007 au titre des différents dispositifs pris en charge sur l'enveloppe AME à :

- autour de 450 M€ au titre de l'AME de droit commun ;
- 20 M€ d'enveloppe forfaitaire soins urgents, auxquels s'ajouteront autour de 25 M€ pour les lignes spécifiques soins urgentsDOM ;
- 15 à 20 M€ d'évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion ;
- 3 à 5 M€ pour les autres dispositifs divers.

Au total, les dépenses devraient donc s'élever à un peu plus de 500 M€. Or la loi de finances pour 2007 n'a prévu que 233,4 M€ pour couvrir l'ensemble de ces dépenses. À défaut d'ouvrir des crédits en LFR pour 2007, **le niveau de la dette augmentera donc d'entre 250 M€ et 300 M€ en 2007 pour approcher 1,2Md € fin 2007**.

Pour les années suivantes, deux solutions sont envisageables :

- **la mise à niveau de la dotation budgétaire**, ce qui apparaît comme la solution qui modifie le moins l'équilibre actuel mais suppose de dégager entre 250 et 300 M€ de crédits nouveaux chaque année, opération dont la mission mesure la difficulté ;
- **l'affectation d'une recette fiscale de l'État à la CNAMTS**, qui reviendrait à lui transférer l'intégralité de la gestion du dispositif et d'acter le désengagement de l'État, en faisant supporter à l'opérateur les conséquences de choix qui lui sont exogènes⁶¹.

2. Améliorer le pilotage par une meilleure connaissance des bénéficiaires et une redéfinition des rôles respectifs de l'État et de la CNAMTS

a) Confirmer la DSS comme chef de file

Le pilotage de la prestation devra être examiné en fonction du choix de financement. Une fois les problèmes de financement de l'AME résolus, et dans l'hypothèse du maintien d'un financement par crédits budgétaires, le pilotage de la prestation pourra être amélioré par la désignation d'un chef de file au sein de l'État et la fixation d'objectifs à la CNAMTS.

Compte tenu du fait que la DSS entretient des relations régulières avec la CNAMTS, il semble judicieux de **confirmer son directeur comme responsable du programme budgétaire et de lui confier le pilotage des différents dispositifs**. Dans le souci de clarifier les responsabilités, le budget opérationnel de programme (BOP) de l'AME, aujourd'hui géré par la DGAS, devrait également être confié à la DSS, qui deviendrait ainsi le chef de file de l'AME pour le compte du ministère de la santé et des solidarités et l'interlocuteur unique de la CNAMTS.

⁶¹ Ainsi, une régularisation massive ou à l'inverse un afflux important d'étrangers en situation irrégulière auraient un impact significatif sur le coût du dispositif sans que les recettes transférées évoluent automatiquement.

S'agissant des dispositifs annexes, l'AME humanitaire (gérée par la DGAS) et les soins urgents (qui font intervenir la DHOS) devraient voir leur pilotage transféré à la DSS, ce qui n'empêche pas de continuer à confier l'instruction des dossiers aux directions qui s'en chargent actuellement. Pour la prise en charge des soins des français démunis vivant à l'étranger qui demandent à être rapatriés en France pour raison de santé, un accès à la CMU dès leur arrivée pourrait se substituer à l'AME humanitaire. En ce qui concerne les soins des personnes en rétention administrative, la mission préconise une centralisation au sein du programme budgétaire n°104 placé sous la responsabilité de la DPM (cf. annexe VII).

Un comité de pilotage réunissant la DGAS et la DHOS et présidé par la DSS devrait se réunir régulièrement pour faire le point sur l'ensemble des dispositifs relevant de l'enveloppe AME et centraliser la relation avec la CNAMTS.

b) Se donner les moyens de mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et leur mode de prise en charge

Une meilleure connaissance des pathologies dont souffrent les patients AME et des modalités de recours aux soins devrait permettre non seulement de justifier la dépense engagée mais également de prévoir les éventuels ajustements du dispositif liés à des évolutions des profils épidémiologiques.

La mission a pu recueillir des informations à partir de l'exploitation ponctuelle du système d'information hospitalier de l'AP-HP (cf. annexe V). Par ailleurs l'étude de la DREES (cf. *supra* § I, B, 1) donnera des informations plus complètes, notamment sur le recours à la médecine ambulatoire, mais n'a pas pour objet de mettre en place une observation régulière de cette population. L'enjeu principal consiste pourtant à suivre dans la durée l'évolution des caractéristiques des bénéficiaires de l'AME et de leur recours aux soins.

Afin d'**améliorer ces connaissances**, un suivi du dispositif pourrait être mené sur deux plans :

- en matière d'hospitalisation, l'étude de la base de données médicalisées telle qu'elle a pu être menée pour l'AP-HP et, dans une moindre mesure, pour les hôpitaux Charles Nicolle de Rouen et La Conception à Marseille, pourrait être systématisée dans un groupe d'hôpitaux pilotes, choisis en fonction des lieux où se concentrent les bénéficiaires de l'AME. Les résultats seraient analysés sur une base périodique, intégrant à la fois les diagnostics posés, les durées de séjours et facteurs de gravité et les modalités de sortie de ces patients. Le champ devrait être étendu pour couvrir également les services d'urgence ;
- en matière de médecine de ville et de consultations externes des établissements de santé, l'absence de base informatique et la dispersion des données empêchent une systématisation des études sur l'état de santé. Des données plus précises pourraient être obtenues par l'exploitation des bases dont disposent les CPAM à la fois sur le mode de recours aux médecins et sur la consommation de soins ambulatoires. Ainsi pourraient être analysées plus précisément la répartition de la prise en charge des bénéficiaires entre médecins d'un département, l'évolution des principaux actes facturés ou la consommation de produits pharmaceutiques.

Enfin, dans une approche de santé publique, la proposition d'une consultation de prévention émise par la mission (cf. *supra* § B, 2, c) permettrait de disposer d'une information précieuse sur certaines pathologies pouvant présenter un risque important de diffusion, et d'orienter de manière précoce les personnes et leur entourage vers des réponses adaptées.

Le lancement rapide d'un tel système d'information est une base indispensable pour mieux suivre l'impact des réformes. **Ses modalités de mise en œuvre et de suivi pourraient être prévues dans la convention de gestion de l'AME entre l'État et la CNAMTS.**

c) Renforcer le contenu de la convention État - CNAMTS

Dans cette nouvelle organisation, il incomberait à la DSS de **donner un véritable contenu à une future convention d'objectifs et de moyens État-CNAMTS sur l'AME.** Celle-ci pourrait inclure, outre des éléments sur le suivi de l'état de santé des bénéficiaires de l'AME (cf. *supra* § b) :

- une dimension de *reporting* statistique sur les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents (incluant des éléments sur leur état de santé et leur parcours de soins) et les montants engagés ;
- une évaluation des frais de gestion du dispositif, ainsi que le prévoit la législation actuelle (cf. *supra* § II, B, 2) ;
- des indicateurs de suivi et de pilotage, en précisant la définition des indicateurs proposés aujourd'hui dans le programme LOLF, afin de mieux renseigner l'indicateur « délai d'instruction des dossiers AME » (uniquement déclaratif pour l'instant) et de donner un contenu à l'indicateur « taux de contrôle des dossiers AME ».

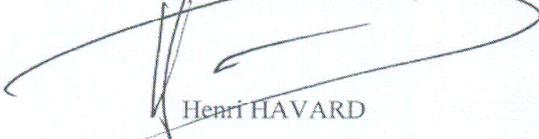
À Paris, le 20 février 2007

L'inspecteur des Finances,



Jack AZOULAY

L'inspecteur des Finances,



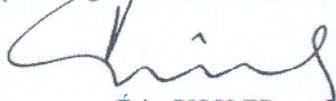
Henri HAVARD

Le commissaire contrôleur des assurances



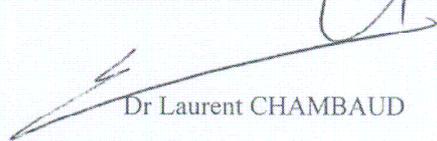
Philippe SOURLAS

L'inspecteur général des Finances superviseur,



Éric GISSLER

L'inspecteur des affaires sociales



Dr Laurent CHAMBAUD

L'inspectrice adjointe des affaires sociales



Delphine CORLAY

DEUXIEME PARTIE

Réponse des directions

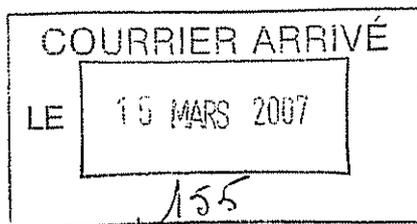
et nouvelles observations de la mission

OBSERVATIONS DES SERVICES AUDITÉS

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le directeur de la sécurité sociale

Paris, le 12 MARS 2007



Monsieur André NUTTE, chef de l'Inspection
générale des affaires sociales
Monsieur Jean-Pierre JOUYET, chef de
service de l'Inspection générale des finances

OBJET : Observations relatives au rapport de la mission d'audit de modernisation relatif à la gestion de l'Aide médicale de l'Etat.

Je vous remercie de la transmission, pour échanges contradictoires, du rapport de la mission d'audit de modernisation relatif à la gestion de l'aide médicale de l'Etat.

La principale difficulté réside dans les modalités de financement de ce dispositif et je ne peux que partager le constat de la mission sur l'insuffisance récurrente des crédits budgétaires. J'ai maintes fois dénoncé cette situation et la reconnaissance de la réalité des dépenses et de la dette de l'Etat due à l'assurance maladie était nécessaire.

Pour éviter la constitution d'une dette future, vous avancez deux solutions : la mise à niveau de la dotation budgétaire ou l'affectation d'une recette fiscale de l'Etat à la CNAMTS. C'est sur cette proposition que je souhaiterais plus spécifiquement réagir. Vous n'évoquez pas les modalités précises de cette affectation. Or il n'y en a que deux possibles, toutes les deux à exclure. En effet, le financement de l'AME par des recettes fiscales suppose soit de transférer le financement du dispositif à la CNAMTS, soit de créer un fonds spécifique auquel seraient affectées des recettes.

- Le premier scénario conduit à fusionner l'AME avec l'assurance maladie et donc à supprimer le dispositif spécifique existant pour les étrangers en situation irrégulière. Or, vous indiquez vous-mêmes dans le rapport que le maintien d'un tel dispositif est inévitable et qu'une fusion de l'AME et de la CMU doit être écartée (p.32) tant pour des raisons « symboliques » (le droit à la sécurité sociale est fondé sur la condition de résidence) que pour des raisons techniques (problème d'immatriculation, d'octroi d'une carte vitale sans durée de validité..). Ces arguments sont d'autant plus pertinents que le gouvernement s'apprête à faire publier un décret en Conseil d'Etat qui va conduire à gérer en continu la condition de résidence attachée à la CMU.

Par ailleurs, transférer le financement de l'AME à la CNAMTS, c'est lui faire porter un risque financier qui affecterait son solde comptable, en cas d'inadéquation du dynamisme des recettes affectées avec le nombre de bénéficiaires alors même qu'elle ne dispose pas d'outil de maîtrise de la dépense étroitement liée à l'évolution des flux migratoires.

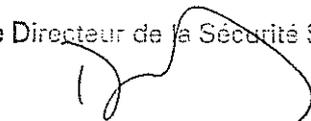
Pour toutes ces raisons, un financement de l'AME directement par la CNAMTS n'est pas envisageable.

- Le second scénario revient à créer un fonds de financement du même type que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). Si cette solution permet de conserver l'autonomie du financement du dispositif de soins pour les personnes en situation irrégulière, elle est source de complexité dans les circuits financiers et comporte le risque certain de créer les mêmes difficultés de financement que celles qui existent actuellement pour les deux fonds précités et qui sont fortement dénoncées par la Cour des comptes (cf. par exemple p.63 et 64 du rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006). En cas d'insuffisance des recettes affectées, l'ajustement en trésorerie porterait in fine sur l'assurance maladie. Ce scénario de débudgétisation au profit d'un fonds est donc à écarter car accroissant l'opacité financière des finances publiques.

En conséquence, je me dois d'insister sur le fait que la seule solution pour éviter la constitution d'une nouvelle dette est le re-calibrage de la dotation budgétaire, y compris pour les soins urgents.

Vous trouverez en annexes d'autres observations plus ponctuelles que j'ai souhaitées apporter à votre rapport.

Le Directeur de la Sécurité Sociale



Dominique LIBAULT

ANNEXE : OBSERVATIONS DE LA DSS

I. — Recommandations de la mission en matière de simplification, d'amélioration de l'efficience et de la gouvernance de l'AME

L'ensemble des préconisations d'aménagement relatives à la gestion du dispositif n'appellent pas d'objections de principe de la part de la DSS. Néanmoins, certaines mesures me semble avoir un impact limité. C'est le cas de l'extension du contrôle médical aux soins urgents qui pourrait néanmoins être envisagée pour repérer les éventuels abus. Ce contrôle nécessiterait la mise en place d'une instance de contrôle du type contrôle médical. Son instauration relève de la loi puisque le contrôle médical ne concerne actuellement que les bénéficiaires de l'assurance maladie.

La restriction de l'accès aux médecins spécialistes risque d'avoir une portée symbolique, d'une part parce que les populations concernées ont généralement un recours direct à la médecine hospitalière (plus de 70 % de ces patients selon les auteurs du rapport), d'autre part parce que l'accès à la médecine de ville, même s'il est juridiquement prévu, n'est pas très répandu du fait des réserves de certains praticiens libéraux à recevoir ce type de patients en raison de l'existence du tiers payant (les praticiens invoquent les retards de remboursement par les CPAM). La pénalisation du refus de médicaments génériques risque également d'avoir un impact limité. En effet, compte tenu des obstacles dues à la langue, à la situation sociale et économique précaire de ces patients, il est probable qu'ils accepteront la substitution par le pharmacien des génériques aux princeps.

D'autres recommandations, mêmes si elles recueillent l'accord de la DSS, sont complexes à mettre en œuvre. Des études plus poussées de leur faisabilité doivent être effectuées, notamment pour la création d'une carte spécifique de bénéficiaire de l'AME, qui nécessiterait la mise en place d'un fichier ainsi que pour l'instauration d'une visite de prévention.

Une étude approfondie de l'ensemble de ces propositions permettant d'apprécier au préalable le rapport coût-avantage paraît nécessaire.

En revanche, d'autres recommandations peuvent être mises en œuvre dans des délais assez courts. C'est le cas de l'amélioration des bonnes pratiques dans la gestion du dispositif de l'AME, de l'affiliation des enfants mineurs à l'AME à titre personnel sans délai préalable de résidence, de la suppression de l'AME à titre complémentaire qui n'a actuellement aucun fondement juridique.

II. — Recommandations de la mission relatives au pilotage et au financement de l'AME

La mission recommande de confirmer la DSS comme chef de file et de lui confier le pilotage des différents dispositifs financés au titre de l'AME : AME de droit commun, AME à titre humanitaire accordée sur décision ministérielle et prise en charge des soins urgents, l'instruction des dossiers d'AME humanitaire et des soins urgents restant de la compétence des la DGAS et de la DHOS. En ce qui concerne la prise en charge des soins et médicaments des personnes placées en rétention administrative ou en garde à vue, la mission propose leur transfert sur le programme 104 placé sous la responsabilité de la direction de la population et des migrations. Il est également envisagé de confier la responsabilité du budget opérationnel de programme (BOP) à la DSS ainsi que le pilotage des dispositifs annexes en maintenant l'instruction par les services qui en ont la charge actuellement.

La DSS confirme la position qu'elle avait déjà formulée à plusieurs reprises : si elle accepte de garder la direction du programme, elle considère que l'AME possède deux caractéristiques qui lui donnent un caractère spécifique et distinct des prestations servies par l'assurance maladie.

.../...

En premier lieu, elle possède un caractère alimentaire ce qui signifie qu'elle vise à satisfaire des besoins fondamentaux conditionnant la subsistance des personnes concernées ; en second lieu, elle possède un caractère subsidiaire, c'est à dire qu'elle n'intervient qu'à défaut de ressources du demandeur et les prestations servies à ce titre sont récupérables sur le bénéficiaire en cas de retour meilleure fortune ou sur ses obligés alimentaires. L'AME est donc une **aide récupérable** destinée à certaines catégories de **populations spécifiques qui n'ont pas vocation à rester sur le territoire national**. Cet élément justifie que l'AME reste une simple aide et non un droit qui doit être réservé aux personnes qui sont légalement sur le territoire français.

Toutefois, si la décision était prise de confier à la DSS, outre sa fonction de direction de programme actuelle, une fonction de mise en œuvre et de suivi de la réglementation relative à l'AME de droit commun et à la prise en charge des soins urgents, ce transfert de compétences ne saurait être fait sans repartir sur des bases financières saines, ce qui implique comme préalable l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard de la CNAMTS. Celle-ci atteint 920 M€ au 31 décembre 2006 en droits constatés, 801 M€ en encaissements-décaissements (montant arrêté au 30 septembre 2006).

Par ailleurs, la mission a mis en évidence que le niveau de dépenses en matière d'AME **est étroitement corrélé à la politique suivie en matière de flux migratoires**. Or, le responsable actuel du programme ne dispose pas des moyens de contenir cette dépense puisque celle-ci est liée à l'accroissement du nombre d'étrangers en situation irrégulière (demandeurs d'asiles déboutés principalement). La mission relève par ailleurs que la direction des populations et des migrations (DPM), à laquelle est dévolu l'élaboration des politiques d'accueil des demandeurs d'asile, n'a aucun rôle en matière d'AME. Ceci met en évidence les limites de la gestion "LOLF" sur des prestations de cette nature.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-direction des affaires financières
Bureau de la gestion financière et comptable
des établissements de santé (F4)
Monique Thorel
Tél. : 01 40 56 52 32
Fax : 01 40 56 50 10
Mel. : monique.thorel@sante.gouv.fr

N°294 du 15 mars 07

Note pour Madame la secrétaire générale

Objet : observations sur le rapport d'audit sur la gestion de l'AME

Le rapport de la mission IGAS/IGF sur la gestion de l'AME délivre un constat objectif de la gestion du dispositif de l'AME et des soins urgents et propose des axes d'amélioration qui globalement recueillent l'approbation de la DHOS.

La préoccupation principale de la DHOS réside dans l'impact sur les établissements de santé de la prise en charge des patients relevant soit de l'AME soit des soins urgents. D'un point de vue organisationnel, ces patients nécessitent plus fréquemment que d'autres l'intervention des PASS et un traitement administratif plus lourd bien relevés dans le rapport. L'impact majeur est d'ordre financier et concerne essentiellement les soins urgents pour lesquels le déficit de financement est pour le moment supporté par les établissements du fait des modalités de facturation mises en œuvre de manière concertée avec l'assurance maladie. C'est donc sur ce seul sujet des soins urgents que porteront les observations de la DHOS.

Au I - B - 2, le rapport indique que « le périmètre des soins pris en charge reste limité ». Je tiens à souligner que la circulaire ministérielle du 16 mars 2005 a étendu la notion de soins urgents à l'ensemble des soins délivrés aux mineurs, aux examens de prévention durant et après la grossesse, aux IVG et a intégré dans les dépenses à prendre en charge les médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières. Cette définition du périmètre des soins urgents, certes limité, est plus large que la définition législative, qui a notamment omis la délivrance des médicaments.

Le caractère forfaitaire de l'enveloppe dédiée aux soins urgents est évoqué à plusieurs reprises dans le rapport, qui préconise dès son introduction de le confirmer afin de « conforter la CNAMTS dans son rôle d'opérateur de l'Etat et sa responsabilité dans la gestion des soins urgents ». Page 41, « la CNAMTS supporterait les éventuelles insuffisances de financement. ». Cette mesure appelle les commentaires suivants.

Le rapport démontre que les soins imputés sur les soins urgents correspondent bien à des pathologies lourdes (p. 13). Il démontre également que le coût par patient reste dans les mêmes valeurs que pour un patient assuré social, bien qu'un peu plus élevé. La variable d'ajustement demeure donc le flux de patients pris en charge. Or ni les établissements ni les CPAM n'ont la capacité de maîtriser ce flux. Par ailleurs, il s'agit d'une charge de l'Etat qui ne peut être transférée sur l'assurance maladie soit directement, soit indirectement en ne remboursant pas les soins délivrés par les hôpitaux (in fine les charges devront être couvertes par l'ONDAM).

.../...

En conséquence, le caractère forfaitaire de cette enveloppe n'est pas adapté à la gestion de ce dispositif sur lequel les acteurs concernés au premier chef n'ont pas de levier d'action. Il semble préférable de mettre en place un dispositif de financement adapté qui permettra d'instaurer un système de facturation au fil de l'eau et de développer dans les CPAM les bonnes pratiques relevées par le rapport. Par ailleurs, la DHOS et la DSS ont relevé depuis la mise en place du dispositif l'absence de contrôle médical pour les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents et aucune solution n'a été apportée depuis 2003 à cette faiblesse du dispositif. Cette situation est notée dans l'annexe VI, p. 11. Plus qu'un sous-financement du dispositif au travers d'une enveloppe forfaitaire, la solution réside dans un contrôle rigoureux des factures et un contrôle médical des dossiers des patients.

Pour résoudre les difficultés de financement du dispositif des soins urgents, la DHOS n'est pas favorable à l'instauration d'enveloppes DOM et métropole, qui consacrent le concept d'enveloppe forfaitaire, pour les raisons évoquées plus haut. Le coût des soins urgents doit être à la charge de l'Etat, ce qui implique :

- l'apurement du passif prévisionnel au 31/12/07 en LFR 2007,
- la remise à niveau des crédits en PLF 2008,
- la suppression, en PLFSS 2008, de l'adjectif « forfaitaire ».

Il importe pour la DHOS de mettre en œuvre dans les meilleurs délais une facturation au fil de l'eau seule à même de permettre d'évaluer le coût réel de ce dispositif et de soumettre les factures hospitalières aux mêmes contrôles que celles de l'AME. Cette facturation au fil de l'eau ne sera possible que si la CNAMTS n'est pas redevable des insuffisances de financement.

Sur la gouvernance du dispositif, le rapport préconise de confier au directeur de la DSS la responsabilité du programme budgétaire et le pilotage des différents dispositifs, dont celui des soins urgents dont l'instruction continuerait d'être confiée à la DHOS. Cette proposition serait acceptable pour la DHOS dès lors que des modalités de financement pérennes comparables à celles de l'AME et à hauteur des besoins seraient arrêtées.

Le rapport préconise des actions visant à mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires à partir des données médicalisées d'un groupe d'hôpitaux pilotes. L'opérateur de cette étude n'est pas identifié mais pourrait être la CNAMTS puisqu'il est envisagé de développer ce projet dans le cadre de la convention de gestion de l'AME entre l'Etat et la CNAMTS. Cette proposition recueille mon accord, sous réserve de préciser les modalités d'accès de la CNAMTS aux données en question.

Enfin, deux erreurs doivent être corrigées :

- annexe VI, p. 17 : les TJP sont arrêtés par le DARH et non par le préfet
- annexe VII, p. 2, 4^{ème} alinéa : le rapport mentionne qu'il a été demandé aux établissements de ne pas inscrire comptablement les créances dans leurs comptes. Sauf erreur, aucune consigne n'a été donnée dans ce sens, qui seraient allées à l'encontre de la sincérité des comptes. Au contraire, les instructions données en 2005 pour la facturation des soins urgents de 2004 mettaient bien l'accent sur la nécessité d'enregistrer cette créance dans les comptes des établissements. Par ailleurs, d'après un sondage réalisé récemment, il ressort que les établissements ont bien inscrit dans leurs comptes 2006 un produit à recevoir au titre des soins urgents.

Signé : Annie Podeur

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE



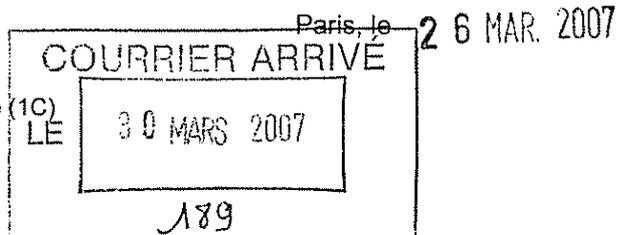
Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de l'action sociale

Sous-direction des politiques d'insertion
et de lutte contre les exclusions
Bureau des minima sociaux et de l'aide sociale (1C)

Tél. : 01 40 56 86 75 Fax : 01 40.56 80 44
Courriel : jean-guy.mabile@sante.gouv.fr

N/ réf : D:\jmabile\Mes documents\AAAide médicale.nov2006\AUDIT de modernisation\note contradictoire.revueCD+MG.doc
N° mercure : 674/D/07



NOTE

**à l'attention de Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires sociales et
de Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Finances**

**Objet : Observations relatives au rapport d'audit sur la gestion de l'aide
médicale de l'État.**

Le 26 février 2007, vous avez transmis sous version électronique à la Direction générale de l'action sociale votre rapport d'audit de modernisation sur la gestion de l'aide médicale de l'État.

La DGAS adhère pleinement aux principaux constats formulés par le rapport. Elle souligne que les dépenses présentées par la CNAMTS sont pleinement dues par l'État. Le rebasage de la dotation budgétaire à hauteur des besoins et l'engagement dès cette année dans un plan d'apurement de la dette sont des préalables à toute autre évolution.

Sur le pilotage en particulier, elle souscrit à la conclusion de l'audit selon laquelle l'AME a tous les caractères d'une couverture de santé et doit en conséquence être pilotée par une administration responsable de cette politique. L'ensemble des moyens de maîtrise de la dépense préconisés par le rapport (développement de l'accès à la médecine de ville et à la prévention, carte de santé, contrôle médical, parcours de soins) relève d'une expertise propre à la sécurité sociale, dont la DGAS ne dispose pas.

Compte tenu des insuffisances budgétaires actuelles, l'inscription de l'AME dans un tout autre programme que le programme 183 causerait des difficultés de gestion majeures. Le programme 183 est en effet le seul à ne pas comporter de délégations substantielles aux services déconcentrés.

Vous trouverez ci-après des observations d'ordre technique et des demandes de précisions.

1 – Le chiffre mentionné dans le titre de la partie I.D. (p. 14) demande à être nuancé dans son affichage qui peut être trompeur : il s'agit en effet d'une moyenne de dépenses de longue période, peu représentative de l'évolution la plus récente qui situe la dépense moyenne plutôt à 450 M€ comme rappelé à la page 43.

2 – Le rapport fournit (p.18) une donnée inédite selon laquelle « moins de 40 % des bénéficiaires de l'AME renouvellent leurs droits chaque année alors que le taux de rotation annuel au sein du régime général est estimé à 2 % ». Il serait intéressant que le rapport précise les raisons de cette situation : défaut de demande de renouvellement, demande de renouvellement tardive entraînant une discontinuité des droits, refus de prolongation, retour au pays d'origine ou autres raisons.

3 – La phrase (p. 18) ainsi rédigée : « des personnes affiliées pour douze mois à l'AME en 2004 ont consommé des soins durant l'année 2005 sans avoir à renouveler leurs droits : le nombre des consommateurs en 2005 est donc égal au nombre d'affiliés en 2005 qui vont consommer pour la plupart tout de suite, plus ceux des affiliés de l'année précédente qui usent de leurs droits encore ouverts sur une partie de 2005 » demanderait certaines précisions sur la période des soins en cause : s'agit-il de soins de 2005, ou de 2004 prolongés jusqu'en 2005 ? Des précisions devraient être apportées sur l'incidence de cette observation quant au taux des renouvellements indiqué dans la phrase qui la précède.

4 – Le fait que l'arrêté fixant le nouveau formulaire de demande de l'AME a été publié en mai 2006 ne signifie pas pour autant (p. 20) que l'application des dispositions de la loi de finances rectificative de décembre 2003 « a pu être variable sur le territoire national ». En réalité, l'institution de la condition de trois mois de résidence ininterrompue en France par la LFR pour 2003 a été appliquée par tous les organismes d'assurance maladie dès le printemps 2004 à la suite de la diffusion de l'instruction de la CNAMTS en date du 14 mai 2004. Le formulaire antérieur portait déjà mention des rubriques nécessaires à l'application immédiate de cette mesure, notamment la date d'arrivée en France, et les différentes rubriques nécessaires au contrôle de l'identité, de la résidence en France et des ressources.

5 – Il serait souhaitable de préciser (p. 20) que les dispositions des décrets du 28 juillet 2005 qui n'ont pas été appliquées concernent uniquement l'arrêté relatif aux données statistiques communiquées par la CNAMTS et l'arrêté fixant le modèle du titre national d'admission à l'AME. Il n'est pas exact d'affirmer que le coût et les modalités d'application de ce dernier document n'ont pas été étudiées. À cet égard, les membres de la mission d'inspection ont reçu copie des notes et comptes rendus de réunions de travail tenues au cabinet avec les principaux partenaires sur ce sujet. Ces réflexions ont permis de mettre au jour les difficultés d'élaboration de ce document, qui à ce stade n'ont pas été résolues. La volonté politique a néanmoins été de l'inscrire dans les décrets du 28 juillet 2005 de façon à porter la démarche à son terme.

6 – En bas de page 20, le rapport évoque les conséquences de l'annulation par le Conseil d'État des décrets du 28 juillet 2005 en tant qu'ils concernent la condition légale de trois mois de résidence en France reconnue par la haute juridiction comme une atteinte à « l'intérêt supérieur » des enfants mineurs des demandeurs de l'aide médicale de l'État. Il y aurait lieu de mentionner l'instruction du 15 novembre 2006, qui a été communiquée aux inspecteurs, par laquelle la CNAMTS a demandé aux organismes d'assurance maladie d'accorder à ces enfants une admission sans délai à l'AME jusqu'à l'accès de leurs parents à la prestation.

L'application au plan pratique de cette dispense de la condition de trois mois de résidence en France pose un certain nombre de questions juridiques et organisationnelles difficiles, qui ne sont pas résolues actuellement. La condition de résidence en France n'étant pas levée pour les enfants, il est nécessaire de donner aux organismes instructeurs de nouveaux moyens juridiques pour apprécier cette condition, afin de conserver la maîtrise sur l'accès des enfants étrangers à cette prestation. Dans la situation créée par la décision du Conseil d'État, le risque est grand de provoquer un effet d'appel massif en direction de toutes les situations de détresse médicale affectant des enfants mineurs vivant à l'étranger (Sur les dispositions à prendre, voir le commentaire de la page 40 du rapport, ci-dessous au n° 21).

7 – Dans le tableau de la page 21, il est souhaitable de préciser que l'AME n'intervient pas pour l'ensemble des prestations de santé des personnes gardées à vue ou en rétention administrative. Elle intervient uniquement, en vue de pallier le défaut des dispositifs de prise en charge, pour les médicaments des personnes gardées à vue - même s'il s'agit d'assurés sociaux -, et pour les consultations médicales, les médicaments et les hospitalisations éventuelles des étrangers retenus dans les locaux de rétention administrative, à l'exclusion des centres de rétention administrative, qui font l'objet d'un dispositif spécifique financé par la DPM.

8 – L'indicateur de contrôle (p. 23) est en cours d'élaboration par la CNAMTS. Il permettra de pallier dans une certaine mesure les difficultés inhérentes à l'appréciation de la condition de ressources en AME en contrôlant étroitement par un entretien particulier avec les services instructeurs les déclarations des demandeurs affirmant être sans aucune ressource. La pertinence de cet indicateur de contrôle apparaît justifiée au regard des nombreuses mentions par le projet de rapport du « caractère déclaratif de la condition de ressources en AME. »

9 – Un groupe national de suivi de l'AME (p. 23) réunissant notamment organisations professionnelles de praticiens et d'établissements et organismes associatifs s'est réuni le 30 janvier 2007. Une nouvelle réunion est prévue le 26 mars 2007 ; elle aura pour ordre du jour la présentation du rapport de la mission d'audit de modernisation sur la gestion de l'aide médicale de l'État.

Outre cette enceinte de discussion très ouverte, le comité de coordination associant la DSS, la DHOS, la DGS et la CNAMTS a inscrit plusieurs fois l'AME à son ordre du jour, en invitant à chaque fois la DGAS.

Il existe donc dès aujourd'hui deux enceintes de discussion sur l'AME : une opérationnelle, le comité de coordination, et une de concertation, le groupe national de suivi.

10 – Concernant la domiciliation des demandeurs de l'AME dépourvus de domicile fixe (p. 25), un nouveau dispositif a été adopté dans la loi du 5 mars 2007 relative au droit du logement opposable. Ce nouveau dispositif ne concerne pas l'AME, étant réservé aux personnes en situation irrégulière, mais sa mise en œuvre sera l'occasion pour les préfets de vérifier la qualité du dispositif de domiciliation mis à la disposition des demandeurs de l'AME.

11 – En ce qui concerne l'accès à une couverture de santé des étrangers malades demandant l'autorisation de demeurer en France pour se soigner, il est affirmé (p.27) : « Ce droit au séjour pour raisons de santé est en constante progression. Sans l'existence de cette procédure, les étrangers concernés auraient sans doute accru le nombre de bénéficiaires et le coût de l'AME. »

En réalité, un grand nombre de ces étrangers bénéficie aujourd'hui de l'AME. Il leur est en effet délivré une autorisation provisoire de séjour (APS), qui ne fait pas partie des titres reconnus par la sécurité sociale au titre de la CMU (art L 380-1 CSS). Ainsi, même si leur situation est régulière sur le territoire français, ils sont pris en charge par l'AME.

12 – L'évocation de « déclarations sur l'honneur » dans la phrase (p. 28) selon laquelle « Seules les ressources, illégales et difficilement vérifiables, font encore l'objet de déclarations sur l'honneur » ne paraît pas appropriée. Comme il est rappelé en page 6 du rapport et en p. 2 de l'annexe VI, les déclarations sur l'honneur qui étaient admises en tant que telles à titre exceptionnel par la circulaire du 10 janvier 2000 n'ont plus droit de cité aujourd'hui en AME. Il conviendrait de préférence de préciser que l'appréciation de la condition de ressources repose en AME, comme pour les autres prestations sociales telles que l'API ou le RMI, sur les déclarations du demandeur, mais que, s'agissant de ressources de personnes sans autorisation de travail, le contrôle *a posteriori* de leurs déclarations de ressources ne dispose pas des mêmes moyens d'investigation, fiscaux et administratifs, que le contrôle de l'accès aux autres prestations.

13 – Proposition de modification rédactionnelle : la rédaction de l'en-tête de la colonne du tableau n° 8, intitulée « crédits versés à la CNAMTS ou aux CPAM par les DDASS » (p. 31) porte à confusion. Le lecteur pourrait comprendre que les versements aux organismes d'assurance maladie ne sont opérés que par les DDASS, alors que celles-ci n'ont en fait assumé ce rôle qu'en 2000. C'est la DGAS qui verse ces crédits à l'ACOSS, qui les répartit ensuite entre les CPAM.

14 – Les observations du rapport provisoire sur l'opportunité de créer une carte de type Vitale spécifique aux bénéficiaires de l'AME (p. 33) appellent quelques précisions.

Le rapport ne précise pas pourquoi la mission d'audit ne reprend pas, s'agissant de l'attribution d'une carte spécifique aux bénéficiaires de l'AME qui serait « d'apparence différente » de la carte Vitale, la critique qu'elle adresse par ailleurs (p. 37) à la mise en place de l'attestation sécurisée avec photographie, prévue par le décret, selon laquelle : « (...) ce document prouvant l'identité et le caractère irrégulier de la présence sur le territoire renforce les risques en cas de contrôle par les forces de police ou de gendarmerie ». Le caractère électronique de la carte préconisée ne la met pas à l'abri de ce type de risques.

Le rapport n'explique pas par ailleurs comment il est possible de concilier la création de cette carte électronique AME et l'absence d'un fichier nominatif des personnes concernées dont le rapport affirme qu'il « n'apparaît pas nécessaire ».

De façon générale, le rapport (pp. 33-34) n'explique pas comment lever certaines difficultés qui ont jusqu'ici fait obstacle à la mise en place de cette solution :

- opportunité de créer un dispositif distinct de la carte Vitale *deuxième génération*, doté de performances équivalentes à celle-ci, pour un groupe réduit de 200 000 personnes qui, par le statut de leur séjour en France, ont vocation à quitter le territoire et qui pour 60 %

d'entre elles quittent effectivement le dispositif au bout de douze mois [cf. le taux de renouvellements indiqué page 18 comparé au taux de rotation de 2% au sein du régime général] ;

- possibilité d'insérer le dispositif électronique spécialisé pour cette population de nombre réduit dans le cours de l'opération de passage à la carte Vitale II de l'ensemble des assurés sociaux qui doit occuper les organismes d'assurance maladie jusqu'en 2010, selon ce qu'a indiqué la direction concernée au cours des travaux de 2005 et 2006 ;
- moyens d'obtenir, en l'absence d'un fichier unique national des bénéficiaires, par une simple harmonisation des procédures d'immatriculation entre les CPAM, la « sécurisation » du dispositif que le rapport attend comme le fruit de l'instauration de ce titre électronique.

15 – Dans le tour d'horizon qu'elle pratique (pp. 34 à 36) des hypothèses de réformes pouvant induire des économies, la mission d'audit ne se prononce pas sur l'une des propositions du rapport de la mission de l'IGAS de février 2003 (p. 46) qui envisageait d'offrir aux organismes instructeurs une marge d'appréciation supplémentaire en prévoyant la possibilité d'admissions de durée inférieure à un an : notamment pour les cas où le demandeur serait une personne faisant des voyages fréquents à l'étranger ou dont la résidence en France est encore douteuse. L'avis de la mission d'audit sur ce point serait intéressant, relativement à certaines situations où un besoin de soins urgents s'est déclaré dans les premiers temps de l'arrivée en France.

16 – Page 37, la mission d'audit préconise pour l'examen des ressources, de remettre en cause la valorisation de l'avantage en nature constitué par la disposition à titre gratuit d'un logement. Cette disposition prévue par l'article 40 du décret en Conseil d'État est inspirée de la réglementation de la CMU où elle est appliquée. Il serait intéressant que le rapport précise les raisons pour lesquelles elle conseille la suppression de cette disposition en AME.

17 – Il serait souhaitable de préciser les difficultés ou obstacles que sont susceptibles de rencontrer auprès de la CNIL la mise en place et la généralisation de multiples fichiers de refus de l'AME ainsi que leur intercommunication.

18 – À la suite de l'annulation par le Conseil d'État des décrets du 28 juillet 2005 en tant qu'ils imposent, -comme la loi elle-même-, aux enfants du demandeur de l'AME la condition de résidence ininterrompue depuis trois mois en France, l'instauration par des mesures législatives et réglementaires appropriées, d'un titre d'admission particulier provisoire de trois mois laissant ouverte, après cette période initiale, la possibilité de réintégrer l'enfant dans le titre d'admission familial est apparue à l'administration comme la réponse la mieux appropriée à court terme.

Il semble que la solution consistant à accorder un droit propre à l'enfant, indépendant de celui du demandeur, comme le propose la mission en page 40, pourrait avoir pour effet non seulement de dispenser l'enfant de la condition de résidence en France depuis plus de trois mois mais de façon plus absolue de toute condition de résidence en France.

Il était difficile pour les organismes instructeurs, avant l'instauration à partir de 2004 de la condition de trois mois de résidence ininterrompue, d'apprécier l'effectivité de la résidence en

France des adultes. Il semble que cela deviendra totalement impossible s'agissant d'enfants mineurs à qui sera reconnu un droit personnel à recevoir un titre d'admission à l'AME.

En effet, dès lors qu'il sera constaté médicalement qu'ils ont besoin de soins et d'hospitalisation, leur simple présence à titre personnel sur le territoire français équivaudra nécessairement, selon la jurisprudence du Conseil d'État du 7 juin 2006, à une résidence en France leur ouvrant droit, conformément à leur intérêt supérieur, à une admission pour un an à l'AME, même si leurs parents sont venus en France pour un court séjour et qu'éventuellement à l'issue de leur séjour ils retournent dans le pays d'origine, laissant l'enfant à la charge d'un parent, comme le cas se rencontre déjà fréquemment dans un certain nombre de dossiers de demandes d'admission humanitaires adressées au ministre.

Il serait souhaitable que la mission précise les moyens par lesquels il pourrait être évité que les enfants malades vivant à l'étranger ne soient introduits en France en vue de recevoir des soins à la charge de l'AME, grâce à l'obtention aisée d'un titre d'admission personnel. À la lumière de la jurisprudence du Conseil d'État, il ne paraît pas possible en effet, avec la mise en place d'un titre d'admission personnel pour les enfants, de leur refuser l'aide médicale en arguant éventuellement de l'absence de résidence en France de leurs parents si, une fois en France, ces enfants ont besoin de soins et que les parents ne restent pas en France.

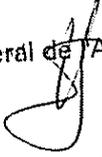
Il en va de même pour l'appréciation de la condition de ressources. Selon la jurisprudence du Conseil d'État, l'intérêt supérieur de l'enfant commandera de lui accorder un titre d'admission personnel à l'aide médicale s'il est en France et a besoin de soins, indépendamment de la situation de ressources de ses parents.

À cet égard, il est souligné qu'aucune contrepartie financière sérieuse ne pourra être attendue de la possibilité de recouvrement auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire prévue à l'article L. 253-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette faculté est inapplicable en France sauf de rares cas, compte tenu de la situation de ressources des obligés alimentaires. Elle l'est à plus forte raison à l'égard de personnes étrangères vivant généralement dans des pays où le niveau de vie est inférieur à celui de la France et compte tenu des difficultés connues de faire jouer les règles de l'obligation alimentaire du Code civil français à un plan international.

Enfin, il y a lieu de rappeler qu'en l'état actuel de la réglementation, le 2° de l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État ne prévoit de vérification de la condition de « présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français » qu'à l'égard du seul demandeur et non pas des personnes à sa charge. La liste des pièces justificatives fixées par ce texte ne pouvant pas concerner les enfants mineurs, il apparaît que les nouvelles dispositions réglementaires qui seraient nécessaires à la mise en œuvre de la proposition de la mission en ce qui concerne l'attribution aux enfants d'un titre d'admission distinct des droits de leurs parents, ne pourrait comporter que certains documents neutres par rapport à la durée de présence en France et non probants par rapport à la résidence en France, tel que le passeport.

Des précisions sur les points évoqués ci-dessus et un avis complémentaire de la mission sur les modalités d'application de sa proposition d'abandon du système des ayants droit en AME (p. 40) sont fortement souhaités.

19 – Le récent décret sur le maintien de droits à l'assurance-maladie aura pour effet de diminuer sensiblement le nombre de cas où une AME complémentaire devrait être versée, en ramenant le maintien de droits de quatre ans à un an. Le versement d'une AME complémentaire n'interviendrait plus qu'entre l'échéance du droit à la CMUc et la fin du maintien de droits à l'assurance-maladie de base, soit une durée comprise entre un et douze mois.

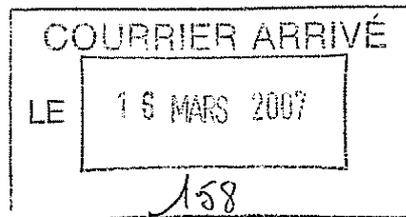

Le Directeur Général de l'Action Sociale
Jean-Jacques TRÉGOAT

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS



l'Assurance Maladie

Caisse Nationale
Le Directeur Général



Date : 14 MARS 2007

Note à

MM les chefs de l'Inspection générale des finances
et de l'Inspection générale des affaires sociales

N° DIR/CABDIR-D-2007-2220

Objet : Rapport IGAS – IGF sur l'AME

Vous avez bien voulu me transmettre le projet de relatif à l'AME. Vous trouverez ci-joint les remarques détaillées qu'appelle ce projet pour la CNAMTS.

Je souhaite insister également sur trois sujets spécifiques :

Je me félicite tout d'abord de voir les deux inspections générales souligner « *la gestion rigoureuse de la prestation par le délégataire* » pour conclure à la réalité d'un déficit annuel de 250M€ par rapport au niveau actuel de financement par l'Etat. Il appartiendra dès lors, à l'Etat, au regard de ce constat dénué de toute ambiguïté, de prendre les mesures nécessaires pour apurer cette dette chiffrée par les inspections générales à 910 M€. A cet égard, je ne suis, à l'évidence, pas favorable à l'affectation d'une recette spécifique à l'assurance maladie pour assumer cette dépense. Cela changerait profondément la logique de ce dispositif ; de plus l'histoire récente des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale tend à montrer que ce type d'affectation aboutit la plupart du temps à un déséquilibre financier.

S'agissant de la proposition faite par la mission d'attribuer une carte vitale spécifique pour les bénéficiaires de l'AME, les services de la CNAMTS ont d'ores et déjà mis en avant l'investissement technique et les délais inhérents à un tel projet. Ces éléments doivent être mis en relation avec l'intérêt d'une telle attribution qui semble limité : les feuilles de soins papier générées par ces bénéficiaires représentent de l'ordre de 1% des feuilles de soins papier pour lesquels l'assurance maladie assure des remboursement sans aucune difficulté. Sur un plan global, les médecins sont remboursés pour des soins prodigués aux bénéficiaires de l'AME dans des délais relativement satisfaisants.

Enfin, je m'interroge sur les conclusions relatives aux soins urgents. Certes, il est sans doute nécessaire de renforcer les contrôles exercés par certaines CPAM et les instructions seront données en ce sens. Mais il paraît juridiquement infondé de faire porter à la CNAMTS les insuffisances de financement liées, tout comme l'AME, à une sous budgétisation des crédits votés en lois de finances. Il faut en effet garder à l'esprit que ces dépenses correspondent à des soins prodigués à des malades qui ne sont pas des assurés sociaux, et qui, d'ailleurs, ne sont pas éligibles à l'AME. Il serait donc pour le moins paradoxal d'en faire porter la charge à l'assurance maladie.



Frédéric VAN ROEKEGHEM

Réponses complémentaires Rapport IGAS-IGF sur l'AME

1) Les refus de soins (§ I, A, 3 page 7)

L'assurance maladie est consciente de l'importance des comportements de refus de soins dont seraient victimes les bénéficiaires de l'AME et qui limiterait leur accès à la médecine de ville.

Le Comité national de suivi de l'AME, qui comprend une forte représentation de professionnels de santé, a par ailleurs pris en compte cette problématique.

Néanmoins, l'assurance maladie ne partage pas l'opinion de la mission sur la complexité administrative des modalités de règlement et la lenteur des délais de remboursement. En effet, pour bénéficier du tiers payant, le professionnel de santé n'a pas de formalités spécifiques à respecter pour un bénéficiaire de l'AME ; il doit simplement remplir une feuille de soins papier ordinaire. Par ailleurs, il convient de rappeler que le délai de traitement des feuilles de soins « papier » est de 6 jours à la CPAM de Bobigny et de 12 jours à la CPAM de Paris, ces deux caisses étant celles qui concentrent le plus grand nombre de bénéficiaires de l'AME.

La question de certains délais de traitement exceptionnels résident plus sûrement dans les situations exceptionnelles des individus que des difficultés dans le processus de liquidation.

2) La prévention ((§ IV, B, 2, c page 39)

Sur cette question, l'assurance maladie serait plutôt favorable à l'idée de proposer systématiquement une visite de prévention lors de la délivrance d'une attestation de droits à l'AME. Une mobilisation des centres d'examen de santé pourrait à cet égard être envisagée. Néanmoins, cette disposition sous-entend un cadrage précis des modalités de mise en œuvre de ces consultations.

3) La gestion du dispositif (§ IV, B, 2, pages 33, 36, 37, 38)

Depuis la mi-mai quelques mois, un groupe de travail composé de quelques Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la région parisienne (Bobigny, Nanterre, Créteil, Paris et les Yvelines) et de différents services de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés s'est constitué afin de définir les modalités communes d'instruction des demandes d'aide médicale de l'Etat.

Dans le cadre de ce groupe de travail, un certain nombre d'actions relatives à la condition de résidence, la condition de ressources, le renouvellement des droits ou la délivrance du titre d'admission (cf. courrier du 20 décembre 2006 ci-joint) vont être mises en œuvre dans le courant du troisième trimestre de l'année 2007 dans les principales caisses d'Ile de France. Ces actions permettront de répondre à la proposition de « mutualisation des bonnes pratiques » suggérée dans le rapport.

Par ailleurs, l'expérimentation de l'attestation de droits avec photographie sera expertisée à l'occasion de la prochaine réunion du groupe de travail.

4) Le cadre juridique (§ IV, B, 2, b page 38, 39 et § IV, C, 1, page 39 pour les mineurs)

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés est plutôt favorable à l'idée qui consisterait à transposer aux bénéficiaires de l'AME certaines règles applicables aux assurés sociaux (obligation de consulter un médecin généraliste avant un médecin spécialiste et obligation d'accepter la délivrance de médicaments génériques pour bénéficier de la dispense d'avance des frais).

Compte tenu de la situation de précarité des bénéficiaires de l'AME, il conviendrait, à mon sens, de considérer que la consultation d'un médecin relevant d'une association caritative permet de respecter les règles du parcours de soins.

En ce qui concerne les enfants mineurs, je vous informe que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a diffusé des instructions en date du 15 novembre 2006 pour garantir leur accès aux soins dès le premier jour de leur arrivée sur le territoire, conformément à la décision du Conseil d'Etat (Conseil d'Etat, 1^{ère} et 2^{ème} sous-section réunies, 2006-06-07, 285576).

Caisse Nationale

Direction Déléguée à la Gestion
et à l'Organisation des Soins

Date : 20 DEC. 2006

Monsieur le Directeur
Direction Générale de l'Action Sociale
7 /11 Place des Martyrs du Lycée Buffon

75 696 PARIS 14

N/Réf. : DDGOS/Département de la Réglementation
RV/CG - N° 344 /2006
Secteur «CMUC - AME – Aide pour une complémentaire santé»

Affaire suivie par Raphaëlle VERNIOLLE - ☎ 01.72.60.25.89 📠 01.72.60.17.43

Objet : Application de la réglementation relative à l'aide médicale de l'Etat

Monsieur le Directeur,

Depuis quelques mois, un groupe de travail composé de quelques Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la région parisienne (Bobigny, Nanterre, Créteil, Paris et les Yvelines) et de différents services de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés s'est constitué afin de définir les modalités communes d'instruction des demandes d'aide médicale de l'Etat.

En effet, il a été constaté que les conditions de traitement des demandes d'aide médicale de l'Etat divergent suivant les caisses de la région et que les documents remis aux demandeurs sont hétérogènes dans leur présentation et dans leur contenu.

Par ailleurs, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de ce groupe de travail ont souligné les difficultés d'interprétation de la réglementation auxquelles elles sont confrontées, notamment en ce qui concerne les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat, ce qui conduit à une inégalité de traitement et à un nomadisme d'opportunité (réitération de la demande dans une autre caisse).

Afin de permettre une application uniforme de la réglementation relative à l'aide médicale de l'Etat, d'abord en Ile de France, puis ensuite au niveau national, je souhaiterais soumettre à votre appréciation les propositions retenues par ce groupe de travail.

1. La condition de résidence

Aux termes de la circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005, il est rappelé que la justification de la résidence peut se faire par tout moyen, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir un justificatif pour chaque mois de résidence en France. Ainsi, une personne qui prouve sa résidence en France par un document de plus de trois mois à la date de la décision est considérée comme remplissant la condition.

Néanmoins, les textes actuels ne fixent pas de limite concernant la date de validité de la pièce justificative produite par l'intéressé. La résidence est donc parfois prouvée au moyen de documents très anciens.

Le groupe de travail propose que tous les documents datant de six mois au plus par rapport à la date de la demande soient recevables pour justifier de la stabilité de la résidence en France.

Par ailleurs, les caisses soulignent la nécessité de définir le délai au-delà duquel un bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ayant quitté le territoire ne peut plus être considéré comme résidant en France (à différencier des séjours temporaires de courte durée).

Le groupe de travail propose de considérer que si la Caisse Primaire d'Assurance Maladie a en sa possession des documents probants permettant de considérer que la personne a quitté le territoire depuis plus de trois mois (de date à date), les droits à l'aide médicale de l'Etat doivent être interrompus.

Le plus difficile pour la caisse consistera en la récupération de l'attestation de droit délivrée aux bénéficiaires dont les droits auront ainsi été interrompus.

Par ailleurs se pose la question des conséquences de l'interruption des droits à l'égard des autres membres de la famille de l'intéressé, notamment lorsqu'il s'agit d'enfants mineurs demeurés sur le territoire national.

2. La condition de ressources

Les caisses se trouvent confrontées à des difficultés de gestion lorsque le demandeur atteste qu'il ne dispose d'aucune ressource.

Dans ce cadre, il est proposé de mettre en œuvre la procédure suivante :

- En cas de première déclaration de ressources à « zéro », le dossier est retourné systématiquement au demandeur pour solliciter des informations complémentaires (sauf si le dossier est constitué par les CCAS ou des associations partenaires informés régulièrement sur le dispositif de l'aide médicale de l'Etat par les caisses). Dans toute la mesure du possible, les précisions nécessaires doivent être sollicitées au cours d'un entretien individuel.
- En cas de deuxième déclaration de ressources à « zéro », le dossier est accepté et instruit en l'état, sauf si la caisse estime qu'il demeure des incohérences dans les déclarations du demandeur, dans ce cas la demande aboutit à un refus.

Par ailleurs, au regard des évolutions réglementaires qui devraient intervenir au 1^{er} janvier 2007 concernant la CMU complémentaire, les caisses souhaiteraient savoir si les éléments du train de vie doivent ou non être pris en compte pour le calcul des ressources de l'aide médicale de l'Etat.

En effet, la circulaire ministérielle parle uniquement de ressources « monétaires » et précise que le bénéfice d'un logement à titre gratuit est le seul avantage en nature à retenir.

3. Le renouvellement des droits

A l'identique de ce qui est actuellement prévu pour la CMU complémentaire, le groupe de travail propose de ne pas procéder à une rupture de droits dès lors que l'intéressé a formulé sa demande de renouvellement dans le mois qui suit la date de fin de l'aide médicale de l'Etat.

4. Le titre d'admission

L'article 3 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 prévoit la publication d'un arrêté ministériel fixant le contenu du modèle national de l'attestation de droits à l'aide médicale de l'Etat.

Par ailleurs, l'obligation de joindre une photographie de chacun des bénéficiaires pour constituer le titre d'admission est reprise dans le formulaire de demande d'aide médicale de l'Etat (S3720b).

Dans l'attente de la parution de l'arrêté ministériel, un modèle d'attestation de droits (cf. pièces jointes) a été élaboré avec les caisses de la région parisienne. Celui-ci ne prévoit pas d'apposer la photographie de chacun des bénéficiaires du foyer.

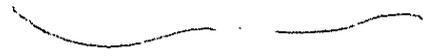
5. Questions diverses

- Les modalités pratiques pour la mise en jeu de l'obligation alimentaire doivent être définies.
- Le bénéficiaire de la dispense d'avance des frais est la règle en matière d'aide médicale de l'Etat. Néanmoins, lorsque le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat n'a pas bénéficié de cet avantage, la caisse s'interroge sur la possibilité ou non de lui rembourser directement le montant des frais engagés. Par ailleurs, dans certains cas, il est demandé à la caisse que le remboursement soit effectué sur le compte d'un tiers, ayant, par exemple, avancé pour l'intéressé les sommes en cause.
- Il est urgent de répondre aux préoccupations des caisses en matière d'archivage des pièces justificatives et de définir le délai de conservation des dossiers d'aide médicale de l'Etat.
- Il convient de s'interroger sur les modalités de prise en charge des enfants mineurs « non accompagnés » sur le territoire, qui ne relèvent ni de l'aide sociale à l'enfance, ni de la protection judiciaire de la jeunesse.

- Il est nécessaire de préciser les modalités de gestion de l'aide médicale de l'Etat à titre complémentaire. La dispense d'avance des frais s'applique t-elle pour la part obligatoire et la part complémentaire ou uniquement pour la part complémentaire ? En cas de défaut de la dispense d'avance des frais, un paiement direct au bénéficiaire est-il possible ? Si oui, celui-ci doit-il se limiter au remboursement de la part obligatoire ou peut-il inclure la part complémentaire ?

Je vous remercie de bien vouloir étudier les questions posées par le groupe de travail et de m'indiquer votre avis sur les propositions effectuées dans ce cadre.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.



Christian SCHOCH
Responsable du Département
de la Réglementation

Caisse primaire de []

[Adresse expéditeur]
[ADRESSE]

[NOM & PRENOM DEMANDEUR]
[ADRESSE DU DEMANDEUR]

Dossier suivi par [nom de l'agent CPAM]

[date]

ATTESTATION D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

Caisse d'assurance maladie	N° d'identification de l'ouvrant droit	Code régime	N° de mutuelle	Code contrat

Nom et prénom des bénéficiaires	Né(e) le (rang)	Qualité	Date début droit AME	Date fin Droit AME

Si les informations ci-dessus sont incomplètes ou erronées, merci de contacter votre caisse d'assurance maladie au :

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Votre correspondant

Pour tout renseignement, s'adresser à :

adresse Centre Paiement
adresse
code postal

Téléphone : []
Allosécu :

IMPORTANT

Cette attestation vous permet de justifier de vos droits et, de bénéficier, ainsi que les membres de votre famille désignés ci-dessus, d'une prise en charge (Art. L.251-2 du Code de l'action sociale et des familles) :

- des soins réalisés chez les professionnels de santé, les transporteurs, à la pharmacie, dans un laboratoire d'analyses, dans un établissement de santé, dans la limite des tarifs autorisés par l'Assurance Maladie
- du forfait journalier.

Vous devez présenter cette attestation à chaque fois que vous vous rendez chez un professionnel de santé, au laboratoire d'analyse, à la pharmacie ou dans un établissement de santé, pour bénéficier de la dispense d'avance des frais (appelée également « tiers payant »).

N'oubliez pas de nous informer de tout changement de situation (adresse, nom, composition de la famille, obtention d'un titre de séjour, départ à l'étranger ...).

Pensez à effectuer votre demande de renouvellement dans les deux mois qui précèdent l'échéance de vos droits.

Article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles

(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 57 I finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002)

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;

2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au dernier alinéa du présent article.

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 322-2 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code. Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

Nota : Loi 2002-1576 2002-12-30 finances rectificative pour 2002 art. 57 IV : les dispositions du présent article sont applicables à compter de la date d'entrée en vigueur du décret d'application.

Pour tout renseignement, s'adresser à :

adresse Centre Paiement
adresse
code postal

Téléphone : []
Allosécu :

Caisse primaire de []

[Adresse expéditeur]
[ADRESSE]

[NOM & PRENOM DEMANDEUR]
[ADRESSE DU DEMANDEUR]

Dossier suivi par [nom de l'agent CPAM]

[date]

ATTESTATION D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT PARTIELLE

A PRESENTER EN MEME TEMPS QUE VOTRE CARTE VITALE
(si elle est en votre possession)

Caisse d'assurance maladie	N° d'identification de l'ouvrant droit	Code régime	N° de mutuelle	Code contrat

Nom et prénom des bénéficiaires	Né(e) le (rang)	Qualité	Date début droit AME partielle	Date fin Droit AME partielle

Si les informations ci-dessus sont incomplètes ou erronées, merci de contacter votre caisse d'assurance maladie au :

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Votre correspondant

* si elle est en votre possession.

Pour tout renseignement, s'adresser à :

adresse Centre Paiement
adresse
code postal

Téléphone : []
Allosécu :

IMPORTANT

Cette attestation vous permet de justifier de vos droits et, de bénéficier, ainsi que les membres de votre famille désignés ci-dessus, d'une prise en charge du ticket modérateur (Art. L.251-2 du Code de l'action sociale et des familles) pour :

- les soins réalisés chez les professionnels de santé, les transporteurs, à la pharmacie, dans un laboratoire d'analyses, dans un établissement de santé, dans la limite des tarifs autorisés par l'Assurance Maladie
- le forfait journalier

Vous devez présenter cette attestation, avec votre carte Vitale, à chaque fois que vous vous rendez chez un professionnel de santé, au laboratoire d'analyse, à la pharmacie ou dans un établissement de santé, pour bénéficier de la dispense d'avance des frais (appelée également « tiers payant »).

N'oubliez pas de nous informer de tout changement de situation (adresse, nom, composition de la famille, obtention d'un titre de séjour, départ à l'étranger ...).

Pensez à effectuer votre demande de renouvellement dans les deux mois qui précèdent l'échéance de vos droits.

Article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles

(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 57 I finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002)

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;

2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au dernier alinéa du présent article.

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 322-2 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

Nota : Loi 2002-1576 2002-12-30 finances rectificative pour 2002 art. 57 IV : les dispositions du présent article sont applicables à compter de la date d'entrée en vigueur du décret d'application.

Pour tout renseignement, s'adresser à :

adresse Centre Paiement
adresse
code postal

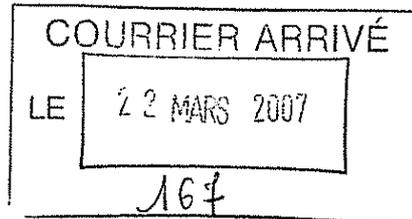
Téléphone : []
Allosécu :

DIRECTION DU BUDGET

DIRECTION DU BUDGET
139, RUE DE BERCY
75572 PARIS CEDEX 12

PARIS, LE 21 MAR. 2007

TÉLÉDOC 275
BUREAU 6BCS
N° 6BCS-07-692



NOTE

pour Monsieur le Chef du service
de l'Inspection Générale des Finances

Télédoc 335

Objet : Rapport sur l'aide médicale d'État.

V/Réf. : Lettre BR 2007/02/21/41 du 23 février 2007.

Par lettre citée en référence, vous m'avez fait parvenir le rapport sur l'aide médicale d'État et je vous en remercie.

Ce rapport a le mérite de constituer un document de référence, qui fournit des données précieuses sur la population concernée et détaille de façon appréciable des mécanismes financiers à l'œuvre. L'état des lieux qu'il contient est ainsi du plus grand intérêt pour les travaux de la direction du budget et ses discussions avec le ministère de la santé.

S'agissant des propositions formulées, on peut noter que le rapport ne retient pas l'application du ticket modérateur prévu par la loi, en se concentrant sur la difficulté pratique à le recouvrer, sans évaluer dans le détail l'effet dissuasif qu'aurait son introduction ou un réexamen du principe de la dispense d'avance de frais.

Plus généralement, le rapport écarte les évolutions envisageables les plus substantielles pour se concentrer sur des améliorations de gestion, à travers notamment l'extension de bonnes pratiques. Si ce choix relève de la responsabilité de la mission, on peut regretter en particulier que l'hypothèse d'un transfert à l'assurance maladie de la gestion de l'intégralité du dispositif soit évoquée très brièvement (p. 43), à travers l'option d'une affectation de recette fiscale de l'État à la CNAMTS : cette voie semble trop rapidement refermée par le rapport, en considérant qu'elle ferait « supporter à l'opérateur les conséquences de choix qui lui sont exogènes ».

Cette analyse mériterait d'être approfondie :

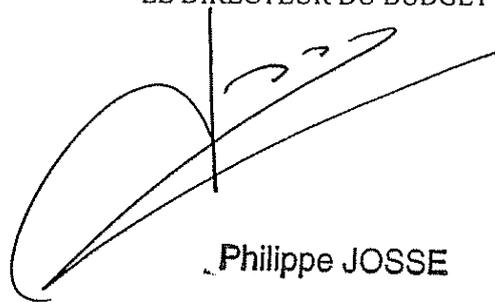
- soit l'on justifie l'absence de transfert de la gestion et du financement du dispositif à la CNAMTS par l'argument évoqué en particulier du rôle fort des flux migratoires sur la dépense. Dans ce cas, on peut se demander si la DSS est le pilote et le financeur approprié. Le rapport aurait pu également évoquer une direction davantage impliquée dans les politiques de l'immigration, telle la direction des populations et des migrations, et poser la question du rôle du comité interministériel de l'immigration (CISI) ;
- soit l'on met en avant la préoccupation sanitaire et l'importance des relations avec les professionnels et opérateurs de santé. Dans ce cas, la simplification des circuits et des rôles pousse à confier à la gestion du dispositif à la CNAMTS, en tant que « mission de service



public ». Rappelons que la solidarité nationale est au cœur de ses missions constitutives et que la CNAMTS bénéficie d'ores et déjà de nombreuses recettes fiscales affectées. Dans cette hypothèse, la dépense pourrait soit être incluse sur une ligne du Fonds national d'action sanitaire et sociale, soit être intégrée dans le fonds du risque et, par exemple, dans l'ONDAM. La nature de la dépense est bien le financement de soins.

Au total, en vue d'une clarification des circuits financiers entre l'État et la sécurité sociale -qui est abordée par l'audit de modernisation en cours sur les sujets de rapprochement et coordination PLF/PLSS-, la solution de l'affectation de recettes en direct à la CNAMTS et la gestion par celle-ci serait manifestement une **source de simplification**, faisant disparaître un circuit entre le budget général et l'assurance maladie. En outre, confier à la CNAMTS des recettes au titre des dépenses exposées dans le cadre de l'AME aurait certainement une dimension **responsabilisante** sur la gestion courante et le contrôle créant une incitation directe à l'amélioration continue de la qualité de gestion opérationnelle, indépendamment des orientations de nature politique et de leur traduction juridique législative et réglementaire qui continueraient de rester bien sûr du ressort de l'administration centrale et du Parlement. Les multiples propositions techniques contenues dans le rapport sur la mise en œuvre pratique de l'AME confirment l'existence d'importantes marges de progression dans le domaine opérationnel.

LE DIRECTEUR DU BUDGET



Philippe JOSSE

REPONSES DE LA MISSION
AUX OBSERVATIONS DES DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE
ET DE LA CNAMTS

La mission a pris connaissance des observations de la CNAMTS et des quatre directions d'administration centrale consultées : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), direction générale de l'action sociale (DGAS), direction de la sécurité sociale (DSS) et direction du budget (DB).

Un point de l'annexe VI a été corrigé dans le texte. Cette modification est signalée dans ce document au moyen d'une note de bas de page (note n°25).

Trois aspects évoqués dans plusieurs contributions appellent une réponse transversale : le pilotage du dispositif, le financement de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents et la mise en œuvre d'une carte spécifique AME. Une réponse spécifique est ensuite apportée aux divers points soulevés par la DGAS et à un point particulier de la direction du Budget.

I. REPONSES A DES OBSERVATIONS TRANSVERSALES

A. Le pilotage de l'AME

Les réponses des trois directions du ministère de la santé et des solidarités reflètent les débats entourant le partage de la responsabilité du pilotage. Le nécessaire renforcement de l'implication de la CNAMTS (cf. rapport de synthèse § II, B et § IV, D, 2) suppose la définition d'un chef de file.

Les directions du ministère de la santé et des solidarités ne détiennent certes pas l'ensemble des leviers permettant la maîtrise du dispositif, compte tenu en particulier de l'impact de la politique de l'immigration sur le nombre de bénéficiaires de l'AME (cf. § II, B, 1 et annexe IV).

Pour autant, le pilotage du dispositif ne saurait relever du ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, dont l'une des missions principales est la lutte contre l'immigration illégale.

L'AME doit donc continuer à relever du ministère de la santé et des solidarités, dès lors qu'il s'agit d'un dispositif de couverture sociale ayant un double objectif humanitaire et de santé publique.

La mission considère que le pilotage de l'AME doit être confié à la DSS. Le caractère d'aide sociale de l'AME ne saurait constituer un argument à l'encontre de cette position : la récupération des sommes engagées reste marginale et ne justifie donc pas que la DGAS soit désignée comme chef de file. Par ailleurs, la direction des populations et des migrations ne dispose pas des compétences juridiques en matière de politique d'accès aux soins et n'entretient pas de relations suivies avec la CNAMTS : il n'est dès lors pas souhaitable de lui confier le pilotage du dispositif d'AME.

En revanche, la DSS est l'interlocuteur naturel de la CNAMTS, sur laquelle elle exerce une tutelle et avec laquelle est élaboré le contrat d'objectifs et de gestion. Elle dispose également des compétences techniques et juridiques nécessaires au pilotage d'un tel dispositif. La mission considère ainsi qu'elle constitue le chef de file naturel de l'AME.

B. Le financement de l'AME et des soins urgents

1. Le financement de l'AME

La mission souligne dans son rapport que l'amélioration de la gouvernance du dispositif dépend en grande partie du règlement pour l'avenir des difficultés de son financement.

Deux solutions sont envisageables : le maintien de crédits budgétaires ou l'affectation de recettes à la CNAMTS. La direction du budget et la DSS privilégient des solutions opposées : ajustement des crédits budgétaires pour la DSS, affectation de recettes pour la direction du budget. Compte tenu des enjeux financiers (la mise à niveau budgétaire représente environ 30 % des mesures nouvelles du budget 2007), la définition des conditions de financement des dispositifs devra prendre en compte les arguments avancés par les deux directions et l'analyse développée dans le présent rapport. La mission souligne que l'affectation de recettes ne serait pas neutre quant à la capacité de pilotage du dispositif par l'État, dont les moyens d'action seraient limités. En effet, financer le dispositif par un transfert de recettes reviendrait à transférer intégralement la gestion du risque à l'opérateur, réticent à cette possibilité (cf. observations de la CNAMTS).

2. Le financement des soins urgents

En ce qui concerne les soins urgents, la mission préconise de maintenir le caractère forfaitaire de l'enveloppe et d'élaborer une enveloppe spécifique pour les départements d'outre-mer.

La DHOS souligne que « *le caractère forfaitaire de cette enveloppe n'est pas adapté à la gestion de ce dispositif sur lequel les acteurs concernés au premier chef n'ont pas de levier d'action* » et se prononce défavorablement sur l'instauration d'enveloppes spécifiques DOM et métropoles. La mission considère au contraire que l'enveloppe forfaitaire en France métropolitaine est de nature à responsabiliser la CNAMTS et de s'assurer que ce dispositif ne soit pas utilisé de façon extensive (cf. rapport de synthèse § IV, C, 3). La situation spécifique existant dans certains départements d'outre-mer mérite de faire l'objet d'enveloppes dédiées (cf. annexe VII).

La DHOS affirme également que « *la facturation au fil de l'eau n'est possible que si la CNAMTS n'est pas redevable des insuffisances de financement* ». Une facturation au fil de l'eau n'est pas contraire au principe du forfait, dès lors que la CNAMTS supporte financièrement le coût des dépassements de l'enveloppe. Contrairement à l'affirmation de la CNAMTS, ce principe est juridiquement fondé, puisqu'il est inscrit à l'article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles. De plus, le maintien du caractère forfaitaire de l'enveloppe constitue une incitation forte à la mise en œuvre des contrôles des factures par la CNAMTS ainsi que du contrôle médical, dont la DHOS regrette l'absence en matière d'AME. Il incite également les hôpitaux à faire preuve de vigilance, afin de maintenir une véritable distinction entre soins urgents et soins délivrés au titre de l'AME.

C. La création d'une carte spécifique AME

Une expertise supplémentaire demeure nécessaire avant l'éventuelle mise en œuvre d'une carte spécifique AME (cf. rapport de synthèse § IV,A,2). Dans le cadre de cette expertise, il conviendra en effet de s'assurer de l'absence d'obstacles majeurs, en déterminant notamment :

- si la photographie n'entraîne pas de coûts excessifs par rapport à l'utilité attendue et ne risque pas de décourager des personnes éligibles à l'AME de faire ouvrir leurs droits ;
- si la création de la carte impose l'élaboration d'un fichier national ;
- le coût de production d'une telle carte à apprécier au regard d'un nombre limité de bénéficiaires ;
- la durée de validité de cette carte et les modalités de sa désactivation.

Une carte AME permettrait, comme le précise le rapport, de sécuriser le dispositif (baisse du taux de rejet des factures AME, limitation de la fraude) et de faciliter l'accès des bénéficiaires à la médecine de ville. En effet, si comme le souligne la CNAMTS, les feuilles de soin de ville donnent lieu à remboursement des soins « *dans des délais relativement satisfaisants* », les études qu'elle a menées, citées dans le rapport (cf. § I, A, 3), montrent que les rejets de factures sont plus importants pour les bénéficiaires de l'AME que pour l'ensemble des assurés sociaux. De plus, les attestations sur papier, d'apparence variable sur le territoire, peuvent susciter la méfiance des praticiens quant à leur authenticité et conduire à un refus de soins.

La mise en œuvre d'une carte AME dépend ainsi d'une expertise technique, juridique et financière et ne pourra en tout état de cause être effective avant un délai d'environ deux ans. La mission préconise donc, à court terme, d'uniformiser l'attestation sur papier et les modalités d'immatriculation, d'expérimenter les attestations sécurisées avec photographie, ainsi que cela est prévu par décret et de mutualiser les bonnes pratiques des CPAM.

II. REPONSES AUX OBSERVATIONS SPECIFIQUES DE LA DGAS ET A UNE OBSERVATION DE LA DIRECTION DU BUDGET

Les points soulevés par la DGAS dans la note transmise à la mission ne vont pas à l'encontre de l'analyse et des recommandations formulées dans le rapport. La mission souhaite cependant apporter quelques éléments de précisions sur certaines des remarques formulées.

A. Sur le taux de renouvellement (point n°2)

Toutes les raisons évoquées par la DGAS participent probablement du taux de rotation des bénéficiaires de l'AME. La mission souligne, dans le rapport de synthèse, l'importance d'une analyse plus poussée des modalités de recours au soin par les bénéficiaires (p 44 et 45), qui pourrait être organisée par une convention de gestion avec le délégataire enrichie par rapport à son contenu actuel. La mission encourage donc la DGAS à approfondir ce point ou à formuler ces interrogations dans le cadre de cette nouvelle convention.

B. Sur le caractère tardif de l'arrêté fixant le nouveau formulaire de demande de l'AME (point n° 4)

Une instruction de la CNAMTS à son réseau ne saurait se substituer aux obligations des ministères en terme de pilotage de l'aide. Or l'arrêté fixant le nouveau formulaire est paru près de deux ans après le changement de la législation et un peu moins d'un an après la parution des décrets.

C. Sur l'inapplication de certaines dispositions des décrets du 28 juillet 2005 (point n°5)

Les dispositions demeurées inappliquées ne sont pas mineures :

- l'arrêté relatif aux données statistiques devait permettre une amélioration du pilotage par les directions d'administration centrales et notamment répondre aux interrogations entourant le montant de la dotation budgétaire nécessaire au financement de l'AME ;
- le titre uniformisé sur le territoire national permettrait de lever de nombreux doutes sur les potentialités de fraude et faciliterait l'accès aux soins de ville, les médecins n'étant plus confrontés à des attestations d'aspect variable.

Par ailleurs, la mission n'a pas été destinataire de notes et comptes-rendus de réunions de travail tenues au cabinet concernant des difficultés liées au coût de la mise en œuvre du titre national d'admission. En tout état de cause, de telles réunions ne peuvent se substituer à une étude d'impact et d'évaluation du coût quantifiée et documentée.

D. Sur la garantie des droits des mineurs (points n°6 et n°18)

Comme le souligne la mission dans le rapport, la décision du Conseil d'État concernant la prise en charge des mineurs impose de prendre des mesures législatives et réglementaires. L'élaboration d'une circulaire, citée dans le rapport ou d'une instruction de la CNAMTS à son réseau ne saurait se substituer à une mesure législative et ne suffit pas à garantir le respect par la France d'un droit découlant d'un engagement international auquel elle a souscrit.

Par ailleurs, l'ouverture du bénéfice immédiat de l'AME (restreint aux enfants) revient à appliquer la législation qui prévalait antérieurement à la loi de finances rectificatives pour 2003 (loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003), qui a introduit la condition de résidence de trois mois pour bénéficier de l'AME.

Les risques évoqués par la DGAS d'introduction d'enfants en France dans le seul objectif d'obtenir des soins semblent exagérés au vu de la situation constatée par la mission lors de ses visites dans les établissements de santé. Ils constituent de toute façon le corollaire de la mise en conformité de la législation française avec la décision du Conseil d'État et avec les prescriptions de la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990. La seule alternative à la mise en œuvre effective des droits qui y sont inscrits serait un retrait de la France de cette convention.

La solution consistant à élaborer un titre d'admission provisoire de trois mois pour les mineurs a été écartée par la mission. Elle est en effet porteuse à la fois de risques de fraudes, de refus de soins (du fait des difficultés de compréhension par les professionnels de santé d'attestations d'apparence variable) et de difficultés de gestion pour la CNAMTS. Son impact en termes de maîtrise de la dépense est en outre très incertain.

E. Sur l'indicateur du programme LOLF (point n°8)

Il n'apparaît pas que l'indicateur « taux de contrôle des dossiers AME par la CNAMTS » vise exclusivement les ressources des demandeurs de l'AME.

La mission a bien noté que la CNAMTS travaillait, de manière autonome, à la définition et à l'élaboration de cet indicateur.

F. Sur la domiciliation (point n°10)

La mission a noté les efforts de la DGAS pour apporter une réponse à la problématique de la domiciliation, qui ne concerne pas seulement les bénéficiaires de l'AME. La récente adoption de la loi sur le droit au logement opposable ne permet cependant pas de lever tous les obstacles à la domiciliation pour les bénéficiaires de l'AME. L'article 51 de cette loi précise en effet que « *l'attestation d'élection de domicile ne peut être délivrée à la personne non ressortissante d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, qui n'est pas en possession d'un des titres de séjour prévus au titre 1^{er} du livre III du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile* ».

G. Sur les déclarations sur l'honneur (point n° 12)

Dès lors qu'aucune vérification ni croisement de fichier ne sont possibles pour contrôler les ressources des bénéficiaires de l'AME (au contraire de ceux de l'API ou du RMI par exemple), les CPAM dépendent de la bonne foi des demandeurs.

Leurs déclarations de ressources sont donc bien assimilables à des déclarations sur l'honneur.

H. Sur l'examen des ressources des demandeurs d'AME (point n°16)

La mission a souligné les difficultés d'évaluation des ressources par les services des CPAM. L'évaluation de l'impact, sur des ressources déjà difficilement vérifiables, du bénéfice d'un logement à titre gratuit introduit un élément de complexité dont on conçoit aisément qu'il ne puisse être appliqué de façon uniforme par l'ensemble des CPAM, d'autant qu'il emporte rarement comme conséquence d'exclure un bénéficiaire potentiel de l'AME.

La mission préconise l'élaboration d'une méthode d'évaluation des ressources par les CPAM qui soit uniforme au niveau national. La réflexion sur un éventuel abandon de la prise en compte du bénéfice d'un logement à titre gratuit dans le calcul des ressources des bénéficiaires potentiels de l'AME devrait naturellement être coordonnée avec sa mise en œuvre pour les bénéficiaires de la CMU.

I. Sur la possibilité d'expérimenter les admissions inférieures à un an (n°15)

La mission considère que l'introduction d'admissions à l'AME pour des faibles durées introduirait un élément de complexité supplémentaire dans un dispositif déjà dérogatoire et complexe, que les professionnels de santé ont du mal à comprendre.

De plus, une telle évolution nécessiterait de définir les critères d'attribution d'un titre provisoire et l'apparence de ce titre, sans que la maîtrise des dépenses soit garantie. La mise en circulation de ces attestations de courte durée emporterait par ailleurs le risque pour les professionnels de santé d'augmenter les créances irrécouvrables liées aux soins prodigués à des bénéficiaires dont l'attestation n'est plus valable (cf. étude mise en œuvre par la CNAMTS et citée par la mission, rapport de synthèse § I, A, 3).

J. Sur les fichiers de refus d'AME (point n°17)

La CNIL devra naturellement être contactée sur ce sujet. La mise en place de la base de refus RAME développée par la CPAM de Paris a d'ailleurs été précédée d'une telle consultation de la CNIL.

K. Sur la suppression de l'AME complémentaire (point n°19)

Le récent décret sur le maintien de droit à l'assurance maladie devrait être l'occasion d'une simplification du droit applicable aux étrangers irréguliers et n'a pas pour objectif de justifier le maintien du dispositif d'AME complémentaire, qui introduit un élément de complexité dans la gestion des CPAM, n'est pas appliqué uniformément sur le territoire national et est juridiquement fragile puisqu'il est fondé sur une circulaire.

Dans ces conditions, la mission maintient sa préconisation de supprimer ce mécanisme complexe d'AME complémentaire (p 40).

L. Sur la mise en place d'un ticket modérateur

La mission a examiné dans le détail cette double problématique en considérant que l'un ou l'autre des moyens pourraient limiter la dépense à la charge de l'AME. Le ticket modérateur, pour être efficace et juste, doit être proportionné à la capacité contributive des bénéficiaires. Il se heurte à l'incapacité de connaître les ressources réelles compte tenu du statut d'irrégulier et aurait pour conséquence un transfert de charge vers les professionnels de santé (cf. rapport de synthèse § II, A, 2).

Une dispense d'avance de frais pour un tel ticket modérateur complexifierait le dispositif, puisqu'elle impliquerait une domiciliation et un paiement en espèces. Compte tenu des montants en cause (notamment en cas d'hospitalisation), il faudrait de toute façon prévoir des exceptions difficiles à gérer pour certains bénéficiaires.

A N N E X E S

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : FICHE DE PRESENTATION DE L'AUDIT

ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET CONTACTEES PAR LA MISSION

ANNEXE III : LISTE DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

ANNEXE IV : CARTOGRAPHIE DE LA POPULATION ELIGIBLE A L'AME

ANNEXE V : ANALYSE DE L'ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES DE L'AME

ANNEXE VI : LA GESTION ADMINISTRATIVE DES BENEFICIAIRES ET LA FACTURATION DE L'AME

ANNEXE VII : DISPOSITIFS PRIS EN CHARGE SUR L'ENVELOPPE DE L'AME HORS AME « DE DROIT COMMUN »

ANNEXE VIII : LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS

ANNEXE I

FICHE DE PRESENTATION DE L'AUDIT

EXAMEN DU DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ÉTAT

Ministère(s) concerné(s)	Santé
Programme(s) concerné(s)	Protection maladie
Contexte de l'audit <i>Indiquer dans cette rubrique les éléments permettant de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit l'audit (cadre législatif et réglementaire, éléments de périmètre physique et financier, dysfonctionnements constatés, réformes récentes ...)</i>	<p>Le ministère de la santé et le ministère de l'économie et des finances ont un différend sur le montant de crédits nécessaires pour financer l'aide médicale d'État, le second considérant que les modalités de gestion et l'encadrement du dispositif pourraient être améliorés dans le sens d'une plus grande efficience.</p> <p>La lettre plafond du ministère de la santé pour le PLF 2007 prévoit la réalisation d'un audit de modernisation sur le sujet.</p>
Objectifs de l'audit <i>Indiquer dans cette rubrique les principaux objectifs de l'audit (1), les points que l'audit devra plus particulièrement traiter (2) et la nature des bénéfices escomptés (3)(amélioration de la qualité de service / amélioration de l'efficience de la gestion / amélioration de l'efficacité socio-économique d'une politique publique / amélioration des conditions de travail des agents)</i>	<p>(1) Les objectifs de l'audit sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'analyser les raisons à la forte hausse depuis 2000 ; - d'analyser la dépense prise en charge via l'AME par rapport au panier de soins moyen d'un assuré de droit commun ; - d'optimiser les conditions de gestion de l'AME par tous les acteurs du système (ouverture des droits, contrôles, fraudes, etc.) ; - d'améliorer le degré de fiabilité et les modalités (évaluer la pertinence du maintien d'une facturation au prix de journée plutôt que basée sur la T2A) de la facturation par les établissements de soins et par l'assurance maladie ; - examiner la pertinence et les conditions dans lesquelles pourrait être optimisé un parcours de soins des bénéficiaires de l'AME, en impliquant davantage la médecine de ville <p>(2) Il conviendra pour cela notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'étudier les conditions actuelles d'ouverture des droits à l'AME mettant en évidence le rôle de chaque acteur (caisses primaires, établissements de santé, professionnels de soins, services sociaux et associations, etc.) ; - d'analyser les modalités de changement d'affiliation entre l'AME et d'autres dispositifs (CMU en particulier) en fonction des évolutions du statut des bénéficiaires ; - d'évaluer les effets des modifications juridiques intervenues depuis 2002 et d'apprécier la pertinence du dispositif juridique en vigueur, tant dans son architecture juridique que dans son application, notamment par rapport à la décision du Conseil d'État en date du 7 juin 2006 ;

	<ul style="list-style-type: none">- d'améliorer le système et la base de facturation de l'AME, en s'assurant en particulier de l'absence de doublons dans la facturation par inclusion simultanée dans les décomptes du PMSI des séjours des bénéficiaires de l'AME, et de contrôle depuis l'ouverture des droits jusqu'aux demandes budgétaires présentées par l'assurance maladie à l'État. <p>(3) Les bénéfices attendus sont l'amélioration de l'efficacité d'une prestation dont le montant est important et pèse lourd dans les relations financières entre l'État et la sécurité sociale.</p>
Composition de l'équipe d'audit	➤ IGF/IGAS

ANNEXE II

**LISTE DES PERSONNES RENCONTREES
ET CONTACTEES PAR LA MISSION**

SOMMAIRE DE L'ANNEXE II

I. PERSONNES RENCONTREES	1
A. AU NIVEAU NATIONAL	1
1. <i>Cabinets ministériels</i>	1
2. <i>Administration centrale du ministère de la santé</i>	1
3. <i>Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie</i>	2
4. <i>Ministère des affaires étrangères</i>	3
5. <i>Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration (SGCICI)</i>	3
6. <i>Ministère de l'intérieur de l'aménagement du territoire</i>	3
7. <i>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)</i>	3
8. <i>Cour des comptes</i>	4
9. <i>Autres</i>	4
B. AU NIVEAU LOCAL	5
1. <i>Département de Paris</i>	5
2. <i>Département de Seine-Saint-Denis</i>	6
3. <i>Département des Bouches-du-Rhône</i>	7
4. <i>Département de la Seine-Maritime</i>	9
II. PERSONNES CONTACTEES	10
A. DEPARTEMENT DE GUADELOUPE.....	10
B. DEPARTEMENT DE GUYANE.....	10
C. DEPARTEMENT DE LA REUNION	10
D. DEPARTEMENT DU NORD	10

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET CONTACTEES PAR LA MISSION

La présente annexe recense l'ensemble des personnes rencontrées par la mission. En outre, figure en deuxième partie les personnes contactées par la mission téléphoniquement ou par courriel.

I. PERSONNES RENCONTREES

A. Au niveau national

1. Cabinets ministériels

- *Cabinet du ministre du Budget et de la réforme de l'État, porte-parole du gouvernement*
 - Julien SAMSON, conseiller technique
- *Cabinet du ministre de la santé*
 - Roland SAMBUC, conseiller
 - Frédéric AMAR, conseiller technique, affaires budgétaires
 - Brigitte SABLAYROLLES, conseillère technique, affaires budgétaires

2. Administration centrale du ministère de la santé

- *Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)*
 - Husseyni HOLLA, chef du bureau F1 « études et synthèses financières relatives aux activités de soin », au sein de la sous-direction des affaires financières
 - Monique THOREL, chef du bureau F4 « gestion financière et comptable des établissements de santé », au sein de la sous-direction des affaires financières
- *Direction générale de l'action sociale (DGAS)*
 - Jean-Jacques TREGOAT, directeur
 - Mireille GAÛZÈRE, chef de service, adjointe au directeur général
 - Claire DESCREUX, sous-directrice des politiques d'insertion et de lutte contre les exclusions
 - Laurent CYTERMANN, chef du bureau 1C « minima sociaux et aide sociale », au sein de la sous-direction des politiques d'insertion et de lutte contre les exclusions
 - Jean-Guy MABILLE, rédacteur au sein du bureau 1C

- *Direction de la Sécurité sociale (DSS)*
 - Dominique LIBAULT, directeur
 - Pascale ROMANTEAU, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
 - Catherine DUMONT-FOURCHARD, chef du bureau 2A « couverture maladie universelle et prestations de santé »
 - Céline PERRUCHON, adjointe du chef du bureau 2A
 - Marie-Thérèse ROUCH, rédacteur au sein du bureau 2A
 - Karine GISQUET, chargée de la coordination budgétaire du programme n°183
 - Christelle PAVILLON, adjointe au chef du bureau 6B « économie de la santé »
- *Direction des populations et des migrations (DPM)*
 - Dr Vincent-Pierre COMITI, conseiller technique auprès du directeur, chargé des questions de santé des migrants
 - Hélène FURNON-PETRESCU, chef du bureau « demandeurs d'asile et réfugiés »
 - Odile CLUZEL, adjointe au chef de bureau « demandeurs d'asile et réfugiés »
- *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*
 - Lucile OLIER, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
 - François HADA, chef du bureau « dépenses de santé et relations avec l'assurance maladie »
 - Dr Brigitte HAURY, chargée de mission auprès de la sous-directrice, responsable de l'enquête AME
 - Bénédicte BOISGUERIN, responsable de l'enquête AME

3. Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

- *Direction du Budget*
 - François CARAYON, sous-directeur de la 6^e sous-direction
 - Marie-Astrid RAVON, chef du bureau 6 BCS « bureau des comptes sociaux et de la santé »
 - Christophe COUDROY, rédacteur au sein du bureau 6 BCS

- *Direction générale de la comptabilité publique*
 - Jean-Georges LEFEBVRE, chef du secteur réglementation de la dépense et de la recette locale au sein du bureau 5B « expertise juridique »

4. Ministère des affaires étrangères

- *Direction des Français à l'étranger et des étrangers en France*
 - François BARRY DELONGCHAMPS, directeur des Français à l'étranger et des étrangers en France
 - Odile SOUPISON, chef du service des étrangers en France
 - Michel CHARBONNIER, sous-directeur de l'asile et de l'immigration
 - Michel DEJAEGHER, sous-directeur de la Circulation des Etrangers

5. Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration (SGCICI)

- Patrick STEFANINI, secrétaire général
- François DARCY, conseiller aux affaires intérieures et immigration régulière
- Patrick MIDY, conseiller à la gestion de la politique de l'immigration

6. Ministère de l'intérieur de l'aménagement du territoire

- *Direction des libertés et des affaires juridiques (DLPAJ)*
 - Jean-Pierre GUARDIOLA, chef de service chargé de la sous-direction des étrangers et de la circulation transfrontière
 - Christophe TISON, chef du bureau « droit du séjour des étrangers »

7. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), directeur général de la CNAMTS
- *Cabinet du directeur général*
 - Thomas FATOME, directeur de cabinet du directeur général
- *Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES)*
 - Dominique POLTON, directrice
 - Philippe RICORDEAU, responsable du département des études sur les pathologies et les patients

- Laurence DE ROQUEFEUIL, statisticienne du département des études sur les pathologies et les patients
- *Direction déléguée aux finances et à la comptabilité*
 - Joël DESSAINT, directeur
 - Florence GUILLE, responsable du département des relations financières extérieures et des prestations
- *Direction déléguée aux opérations*
 - Olivier DE CADEVILLE, directeur
- *Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins*
 - Jean-Marc AUBERT, directeur
 - Christian SCHOCH, responsable du département de la réglementation
 - Raphaëlle VERNIOLLE, chargée de mission au département de la réglementation

8. Cour des comptes

- Emmanuel ROUX, auditeur à la sixième chambre

9. Autres

- *Associations*
 - Arnaud VEÏSSE, directeur du Comité médical pour les exilés (COMEDE)
 - Didier MAILLE, responsable des affaires sociales et juridiques du COMEDE
 - Dr Pierre MICHELETTI, président de Médecins du Monde
 - Dr Françoise JEANSON, ancienne présidente et membre du conseil d'administration de Médecins du Monde
 - Nathalie SIMONNOT, adjointe du directeur général action humanitaire de Médecins du Monde, chargée de la coordination de la Mission France
- *Représentants de médecins*
 - Dr Patrick BOUET, secrétaire général adjoint du Conseil national de l'ordre des médecins
 - Dr André DESEUR, conseiller national de l'ordre des médecins, président du conseil départemental de l'ordre des médecins de Seine-et-Marne
 - Francisco JORNET, conseiller juridique de la section « exercice professionnel » de l'ordre des médecins

- Dr Marie-Laure ALBY, présidente de la section « généralistes » de l'union régionale des médecins libéraux (URML) d'Île-de-France
- *Personnalités qualifiées*
 - Jean-François CHADELAT, directeur général du fonds de financement de la CMU
 - François MERCEREAU, conseiller du délégué général du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) pour l'assurance maladie

B. Au niveau local

1. Département de Paris

- *DDASS*
 - Philippe COSTE, directeur
 - Dr Michel CSASZAR GOUTCHKOFF, médecin inspecteur de santé publique
- *CPAM de Paris*
 - Marie-Renée BABEL, directeur général
 - Christian DIEPDALLE, direction du service aux assurés
 - Alain HENRI, directeur de la direction de l'accompagnement social
 - Claude BERTOUX, adjoint du directeur de l'accompagnement social
 - Christine SOULIER, responsable, Fonction Prestations Collectives
 - Émilie CALLET, ancienne directrice de l'unité de gestion Tour Eiffel
 - Dominique HENON, directeur de l'agence comptable, du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude
 - Monique ROUSSE, fondée de pouvoir
 - Laurence BADOUX, attachée de direction
 - Philippe TEIL, cadre en charge du contrôle
 - Danielle BEER, directrice de la régulation et de la prévention
- *Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)*
 - Emmanuelle WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne
 - Didier LE STUM, chef du service de la réglementation comptable et du financement

- Gilles CLAVREUL, adjoint du directeur de la direction économique et financière
- Dr Gilles CHATELLIER, épidémiologiste, DIM
- Dr Josiane HOLSTEIN, épidémiologiste, DIM
- *Groupe Hospitalier Lariboisière – Fernand Widal*
 - Pierre KORMANN, adjoint au directeur
 - Sylvie MARTINEZ, responsable du service admissions, frais de séjour, traitements externes
 - Isabelle DETEVE, adjointe des cadres hospitaliers pour l'aspect admissions, traitements externes
 - Delphine BERRY, adjointe des cadres hospitaliers pour l'aspect admissions, frais de séjour
 - Claudine HUET, responsable du service social des patients
- *CHU La Pitié Salpêtrière*
 - Marie ARMANTERAS-DE-SAXCE, directrice
 - Fabrice BEAULIEU, directeur des services économiques et financiers
 - Michèle TCHEMENIAN, directrice de l'accueil des usagers.
 - Dr Pierre RUFAT, responsable du DIM
 - Marie-Hélène FIEVET, pharmacienne
 - Corinne LAMOUCHE, cadre assistante sociale
 - Dr Christian DE-JENNES, responsable service consultations externes
- *Centre médical Europe*
 - Caroline LALOUM, directrice administrative et ressources humaines
- *Centre Hospitalier Saint-Louis*
 - Dr Claire GEORGES, consultation Verlaine

2. Département de Seine-Saint-Denis

- *Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)*
 - Hubert VALLADE, directeur de la DDASS
 - Michel BENABEN, directeur adjoint
 - Sandra MILIN, responsable du service d'aide sociale et d'intégration, au sein du pôle social

- *CPAM de Bobigny*
 - Pierre ALBERTINI, directeur général
 - Catherine PORTAL, agent comptable
 - Jean-Jacques CHAUVET, responsable du département de contrôle des prestations (agence comptable)
 - Dominique MICHEL, responsable du CPRE (ordonnancement des prestations)
 - Marc SCHUSSELHUBER, directeur des prestations
 - Régine BECIS, responsable du département de l'accès aux droits
- *CHU Avicenne*
 - Martine ORIO, directrice du CHU
 - Annick DUPIN, directrice adjointe en charge de la direction des finances et du contrôle de gestion (admissions et recettes)
 - Monique LE HEBEL, adjointe de la directrice adjointe en charge de la qualité et des relations avec les usagers
 - Claudine MONTCHAUSSEE, responsable du service des admissions
 - Dr Philippe LE TOUMELIN, responsable du DIM
 - Dr Mathias WARGON, adjoint au responsable du service des urgences
 - Dr Amar AMRANE, praticien hospitalier au service des urgences
 - El Kahina BENSALAH, assistante sociale au service des urgences
 - Djamila AMMAME, assistante sociale à la PASS

3. Département des Bouches-du-Rhône

- *CPAM de Marseille*
 - François-Emmanuel BLANC, directeur
 - Pierre-Yves DUTHILLEUL, directeur des opérations
 - Alain LAPEGUE, chef de cabinet du directeur des opérations
 - Lysiane ERGAND, agent comptable
 - André SERRUS, fondé de pouvoir
 - Frédéric MENASSEYRE, directeur du contrôle contentieux
 - Françoise CHAUSSET, responsable de l'action sanitaire et sociale
 - Daniel LEMONNIER, responsable adjoint du pôle social

- Alain PERROTEY, adjoint au responsable du département hospitalisation
- Françoise BODIN, responsable du service organisation
- Jean PALVADEAU, chef de cabinet du directeur prestations
- Raymond AWAD, responsable de l'unité de gestion de Kléber
- Jean-Baptiste MORETTI, adjoint de l'unité de gestion Kléber
- Richard AYOUN, cadre de l'unité de gestion Kléber
- Ghislaine PROLONGEAU, responsable de la BDO
- Maryse THOLLON, responsable du service pôle d'affiliation et relations internationales
- Roger PASTORELLI, responsable adjoint
- *Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM)*
 - Michèle LAVAL, directrice adjointe des finances
 - Alain SLAMA, directeur adjoint des finances et directeur adjoint de l'hôpital de la Conception
- *Hôpital de la Conception*
 - Dominique DEPRez, directeur
 - Fanny ROMAIN, praticien attaché au DIM
 - Dr Valérie FAURE, chef de clinique dans le service de néphrologie et de transplantation rénale
 - Dr Marie-Antoinette ANTONI-SOUBEYRAN, médecin référent
 - Dr Dominique TORRO, praticien hospitalier, service des urgences
 - Michèle MOUTTE, responsable du bureau des entrées et des soins externes
 - Ludivine BLANCHET, adjoint des cadres hospitaliers, bureau des entrées et des soins externes
 - Isabelle MALTESE, cadre socio-éducatif, responsable du service social
 - Francine BASSAGET- GUILBAUD, assistance sociale PASS
- *Hôpital de la Timone*
 - Joëlle PARANQUE, attachée d'administration hospitalière, responsable du bureau des entrées
 - Sylvie BROUT, cadre socio-éducatif, responsable du service social

- Marie-Ange MONAGHEDDU, assistante sociale, PASS urgences pédiatriques
- *Association*
- Dr Jean-Paul BELMONDO, responsable de l'antenne régionale Médecins sans frontières

4. Département de la Seine-Maritime

- *CPAM de Rouen*
- Jean-Luc NICOLLET, directeur de la CPAM et de l'URCAM Haute-Normandie
- Armelle MOUSSE, sous-directrice
- Olivier ARNOUX, agent comptable
- Bruno BOUCHER, responsable du département 950 (service de gestion des bénéficiaires, service CMU et prestations supplémentaires et aides financières individuelles)
- Régine JEANNE, responsable du service CMU et prestations supplémentaires et aides financières individuelles
- Alain PREY, responsable de l'accueil physique de la CPAM
- Christine VALET, responsable de groupe accueil
- Sylvie SELLIER, délégué conseil
- Jean-Pierre VAUCHELLES, responsable du service de paiement
- *CHU Charles Nicolle*
- Raoul PIGNARD, directeur général adjoint
- Stéphanie DECOOPMAN, directrice des finances
- Franck GAILLARD, directeur adjoint des finances
- Élisabeth GABET, référente accueil et prise en charge des personnes sans couverture sociale
- Marie-Agnès BIGOT, cadre socio-éducatif de l'unité mobile d'accompagnement social
- François LEMARCHAND, espace accueil clientèle, responsable facturation
- Jacques CASTELL, trésorier du centre hospitalier
- Michèle HAROU, assistante sociale du service des maladies infectieuses
- Bernard DIEU, pharmacien

- Dr Laetitia FROMENT, médecin responsable du DIM
- Dr Françoise BORSA-LEBAS, responsable des maladies infectieuses et tropicales
- Pr Loïc MARPEAU, chef du service gynécologie-obstétrique
- Marie-France VERHAEGHE, assistante sociale du service gynécologie-obstétrique

II. PERSONNES CONTACTEES

A. Département de Guadeloupe

- Patrice RICHARD, directeur de la santé et du développement social

B. Département de Guyane

- Philippe LOIR, directeur de l'ARH de Guyane
- Dr Jean-Luc GRANGEON, directeur de la santé et du développement social

C. Département de La Réunion

- Flore THEROND-RIVANI, directrice de la DRASS
- Jean CARDON, inspecteur responsable de la cellule du contentieux de la protection sociale à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales

D. Département du Nord

- Antoine CHATAIGNER, directeur de la CPAM de Lille
- Christiane CORBEIL, responsable du service CMU à la CPAM de Lille

ANNEXE III

Liste des recommandations de la mission

La présente annexe détaille, conformément à la procédure prévue pour les audits de modernisation, la liste des principales recommandations.

Le premier tableau détaille également les modalités de mise en œuvre des recommandations et renvoie aux parties du rapport concernées.

Le second tableau permet de visualiser les principales améliorations attendues des recommandations.

Tableau 1 : Principales recommandations

Objetif de modernisation	Proposition	Recommandations	Partie du rapport (page)
<p>1. Maintenir un dispositif spécifique de prise en charge des étrangers en situation irrégulière</p>	<p>Attribuer une carte spécifique aux bénéficiaires de l'AME, sans pour autant en faire des assurés sociaux</p>	<p>Créer une carte spécifique, présentant des caractéristiques techniques comparables à celles de la carte Vitale mais d'apparence différente</p>	<p>§ IV, A, 2 (page 33)</p>
<p>2. Améliorer l'efficacité de l'AME</p>	<p>2.1 Mieux contrôler l'ouverture et le renouvellement des droits</p>	<p>2.1.1 Généraliser certaines bonnes pratiques des CPAM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle et limitation de la délivrance de duplicata d'attestation AME • Utilisation de papier non-photocopiable pour les attestations AME • Élaboration par la CNAMTS de règles nationales du contrôle des ressources • Harmonisation de l'élaboration de numéros provisoires pour les bénéficiaires de l'AME <p>2.1.2 Améliorer le contrôle des renouvellements de droits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois lors du renouvellement en matière de délivrance de duplicata d'attestation AME <p>2.1.3 Développer les fichiers communs de refus à l'AME et mettre en place une attestation sécurisée avec photographie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser le fichier des refus d'AME existant en région parisienne à certaines régions et départements • Expérimenter la mise en place d'une attestation sécurisée avec photographie avant d'élaborer un modèle de formulaire national <i>Cerfa</i> <p>2.1.4 Améliorer les contrôles des CPAM sur les soins urgents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mieux filtrer les factures de soins urgents, en recherchant systématiquement l'existence d'une éventuelle couverture sociale du patient concerné avant inscription aux soins urgents <p>2.1.5 Étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents</p>	<p>§ IV, B, 2, a (pages 36, 37 et 38)</p>

Objetif de modernisation	Proposition	Recommandations	Partie du rapport (page)
<p align="center">2. Améliorer l'efficacité de l'AME</p>	<p align="center">2.2 Aligner les devoirs des bénéficiaires de l'AME sur ceux des assurés sociaux</p>	<p>2.2.1 Restreindre l'accès direct aux médecins spécialistes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre obligatoire le passage par un généraliste pour accéder à un spécialiste. <p>À défaut, le patient AME devrait régler l'intégralité de la charge de la consultation, compte tenu de l'impossibilité de lui faire payer une partie du coût dans un dispositif de dispense d'avance de frais. Les exceptions prévues au parcours de soins (accès direct à la pédiatrie, à la psychiatrie, à la gynécologie et à l'ophtalmologie) devraient naturellement être applicables aux bénéficiaires de l'AME</p> <p>2.2.2 Pénaliser le refus de médicaments génériques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laisser la totalité de la dépense à la charge du bénéficiaire si celui-ci refuse une substitution par un produit générique 	<p align="center">§ IV, B, 2, b (pages 38 et 39)</p>
	<p align="center">2.3 Proposer systématiquement une visite de prévention</p>	<p>Définir le contenu d'une visite de prévention qui permettrait d'éviter des dépenses de soins potentiellement plus lourdes</p>	
	<p align="center">3.1 Passer à une attestation individuelle pour les mineurs</p>	<p>Prévoir une affiliation à l'AME de tous les mineurs sans condition de durée de résidence en France (abandon du système d'ayants droit) et la mise en place d'attestations individuelles</p>	<p align="center">§ IV, C, 1 (page 39)</p>
	<p align="center">3.2 Supprimer l'AME complémentaire</p>	<p>Renforcer la cohérence d'ensemble du dispositif de prise en charge des soins des étrangers basculant dans l'irrégularité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les personnes qui bénéficient d'un maintien de droits au régime général, maintien automatique du droit à la CMU complémentaire jusqu'à extinction du droit au régime de base et un basculement intégral à l'AME au-delà • Pour les autres, une prise en charge intégrale des soins par l'AME dès lors qu'ils ne sont plus en situation régulière. 	<p align="center">§ IV, C, 2 (page 40)</p>
<p align="center">3.Simplifier le dispositif</p>	<p align="center">3.3 Revoir le dispositif des soins urgents sans renoncer au caractère forfaitaire de l'enveloppe allouée par l'État</p>	<p>3.3.1 Comptabiliser les factures des hôpitaux vers les CPAM « au fil de l'eau » et valider en continu les dossiers « soins urgents » présentés.</p> <p>3.3.2 Prévoir des enveloppes spécifiques pour les départements d'outre-mer, tout en confirmant le caractère forfaitaire du dispositif en France métropolitaine et en faisant supporter à la CNAMTS les éventuelles insuffisances de financement</p>	<p align="center">§ IV, C, 3 (page 41)</p>
	<p align="center">3.4 Créer deux actions dans le programme budgétaire n°183</p>	<p>Au sein du programme budgétaire, distinguer les crédits destinés à l'AME de droit commun et aux soins urgents de ceux destinés aux autres dispositifs</p>	

Objectif de modernisation	Proposition	Recommandations	Partie du rapport (page)
<p>4. Résoudre les problèmes de financement et améliorer la gouvernance</p>	<p>4.1. Désendetter l'État pour assainir la relation avec la CNAMTS</p>	<p>4.1.1 Régler le problème de la dette passée en concertation entre la direction du budget et la CNAMTS</p> <p>4.1.2 Éviter la constitution d'une dette future par la mise à niveau de la dotation budgétaire ou l'affectation d'une recette fiscale de l'État à la CNAMTS</p> <p>4.2.1 Confirmer la DSS comme chef de file et lui confier le pilotage des différents dispositifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transférer à la DSS le budget opérationnel de programme (BOP) de l'AME, aujourd'hui géré par la DGAS • Pour les dispositifs annexes, transférer le pilotage en maintenant l'instruction des dossiers par les directions qui s'en chargent actuellement • Réunir régulièrement un comité de pilotage réunissant la DGAS et la DHOS et présidé par la DSS pour faire le point sur l'ensemble des dispositifs relevant de l'enveloppe AME et centraliser la relation avec la CNAMTS <p>4.2.2 Se donner les moyens de mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et leur mode de prise en charge pour justifier la dépense engagée mais également prévoir les éventuels ajustements du dispositif liés à des évolutions des profils épidémiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser, en matière d'hospitalisation, l'étude de la base de données médicalisées dans un groupe d'hôpitaux pilotes, choisis en fonction des lieux où se concentrent les bénéficiaires de l'AME • Exploiter les bases dont disposent les CPAM sur le mode de recours aux médecins et sur la consommation de soins ambulatoires pour analyser plus précisément la répartition de la prise en charge des bénéficiaires entre médecins d'un département, l'évolution des principaux actes facturés ou la consommation de produits pharmaceutiques <p>4.2.3 Renforcer le contenu de la convention État – CNAMTS en y incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une dimension de <i>reporting</i> statistique sur les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents (incluant des éléments sur leur état de santé et leur parcours de soins) et les montants engagés • Une évaluation des frais de gestion du dispositif • Des indicateurs de suivi et de pilotage, en précisant la définition des indicateurs proposés aujourd'hui dans le programme LOLF 	<p>§ IV, D, 1 (pages 42 et 43)</p> <p>§ IV, D, 2, a (pages 43, 44 et 45)</p>

Tableau 2 : Principales améliorations qualitatives attendues des recommandations

Amélioration attendue	Numéro des recommandations correspondantes	Principaux bénéficiaires			Nature de l'amélioration attendue (*)	Indicateur(s) de mesure envisageable(s)
		Citoyens et parlementaires	Bénéficiaire AME	Contribuable		
Simplification du dispositif	1				X	1, 3
	2.1		X			3
	2.2			X		3
	2.3					1, 2
	3.1		X			3
Efficience du dispositif	3.2				X	3
	3.3			X		2
	3.4	X				6, 7
	4.1					7
Désendettement	4.2	X		X		2, 5, 7

Source : Mission

- (*) :
- (1) Amélioration de l'égalité d'accès aux services publics
 - (2) Meilleure adaptation des missions de l'Etat aux besoins; meilleure allocation des moyens de l'Etat par rapport aux besoins
 - (3) Simplification des procédures
 - (4) Réduction des délais de traitement
 - (5) Modernisation du fonctionnement des structures de l'Etat
 - (6) Meilleur accès à l'information
 - (7) Renforcement des capacités de pilotage / de contrôle de l'Etat
 - (8) Amélioration des conditions de travail des agents
 - (9) Autres (à préciser)

ANNEXE IV

CARTOGRAPHIE DE LA POPULATION ELIGIBLE A L'AME

SOMMAIRE DE L'ANNEXE IV

I. LE NOMBRE D'ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE N'EST QUE TRES PARTIELLEMENT QUANTIFIABLE.....	1
A. LA CONNAISSANCE DU NOMBRE DE PERSONNES EN SITUATION IRREGULIERE PERMETTRAIT DE MIEUX MAITRISER LE DISPOSITIF D'AME.....	1
1. <i>Toutes les personnes éligibles à l'AME ne font pas la démarche d'ouvrir des droits.....</i>	<i>1</i>
2. <i>La connaissance du nombre de personnes en situation irrégulière permettrait de mieux maîtriser le dispositif d'AME.....</i>	<i>2</i>
B. LES DIFFICULTES A RECENSER ET CARACTERISER UNE POPULATION CLANDESTINE RENDENT INCERTAINE TOUTE ESTIMATION DE SES EFFECTIFS.....	3
1. <i>Les immigrés illégaux peuvent être caractérisés par la situation qui précède leur basculement dans l'irrégularité.....</i>	<i>3</i>
2. <i>L'estimation des flux pose des problèmes spécifiques pour chacune des catégories de personnes en situation irrégulière.....</i>	<i>4</i>
C. LES INFORMATIONS DISPONIBLES NE PERMETTENT QUE D'APPREHENDER CERTAINES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION EN SITUATION IRREGULIERE.....	5
1. <i>Plusieurs rapports ont procédé à une évaluation de la population irrégulière sur le territoire.....</i>	<i>5</i>
2. <i>L'appréhension du nombre de personnes en situation irrégulière dépend de données très partielles sur certains flux entrants et sortants.....</i>	<i>6</i>
3. <i>D'autres indicateurs permettent d'appréhender la population irrégulière sur le territoire.....</i>	<i>8</i>
4. <i>Les comparaisons internationales constituent un moyen de fournir une estimation du nombre de personnes en situation irrégulière.....</i>	<i>10</i>
5. <i>L'outre-mer présente une situation spécifique en matière d'immigration irrégulière.....</i>	<i>10</i>
II. LA SITUATION ADMINISTRATIVE DES IMMIGRES IRREGULIERS EST A LA FOIS DIVERSE ET COMPLEXE.....	11
A. LA COMPLEXITE DE LA NOTION D'IRREGULARITE SE REPERCUTE SUR LA GESTION DES CPAM.....	11
B. LES CAS DE BASCULEMENTS ENTRE REGULARITE ET IRREGULARITE PEUVENT ETRE MULTIPLES.....	12
C. L'ADMISSION AU SEJOUR EN QUALITE D'ETRANGER MALADE PERMET DE REGULARISER CERTAINES SITUATIONS.....	13

INTRODUCTION

L'aide médicale d'État (AME) se distingue de tous les autres modes de couverture des soins de santé par le fait qu'elle concerne des personnes en situation irrégulière sur le territoire. Elle couvre donc une population clandestine, qui, se trouvant en infraction, est réticente à se faire connaître d'une quelconque autorité administrative. Il en découle l'ignorance du nombre de personnes éligibles à l'aide médicale d'État. Or la connaissance du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire et de ses déterminants permettrait de mieux expliquer les variations observées du nombre de bénéficiaires de l'AME et faciliterait des prévisions sur son évolution.

À cette première difficulté s'ajoute le fait que la situation administrative de cette population s'avère parfois complexe à déterminer ; en outre elle peut évoluer très rapidement, certaines personnes pouvant alterner entre situation irrégulière et situation régulière plusieurs fois au cours d'une même année.

Afin de mieux cerner la population éligible à l'AME, la mission a procédé, en se fondant sur des sources documentaires publiques¹ à l'étude du nombre de personnes en situation irrégulière, et a recensé certains basculements possibles entre régularité et irrégularité. Si les « effets de bords » entre régularité et irrégularité sont bien identifiés, le manque de données sur l'immigration irrégulière et parfois l'incohérence de celles qui sont disponibles ne permettent pas de proposer une estimation du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire, mais seulement de dégager des ordres de grandeur.

I. LE NOMBRE D'ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE N'EST QUE TRES PARTIELLEMENT QUANTIFIABLE

A. La connaissance du nombre de personnes en situation irrégulière permettrait de mieux maîtriser le dispositif d'AME

1. Toutes les personnes éligibles à l'AME ne font pas la démarche d'ouvrir des droits

Une des spécificités du dispositif d'AME réside dans le fait qu'il concerne un nombre inconnu de personnes. En effet, les personnes éligibles ne font pas systématiquement la démarche d'ouverture des droits.

Le taux de renouvellement de l'aide médicale d'État témoigne de ce fait. Ce taux étant d'environ 40 %², plus de la moitié des personnes qui bénéficient de l'AME une année donnée ne demandent donc pas à en bénéficier l'année suivante. Ce pourcentage très élevé ne peut s'expliquer par les seuls départs du territoire de personnes en situation irrégulière, ce qui signifie que la demande d'ouverture de droits n'est pas systématique, même parmi les personnes ayant déjà bénéficié de cette aide.

¹ Les documents utilisés par la mission sont présentés *infra* (cf. § I, C, 1).

² À Rouen et Marseille.

Les raisons de l'absence d'ouverture de droits peuvent être multiples :

- le manque d'information est un obstacle important dans la mesure où l'AME constitue un dispositif de petite taille, parfois mal connu des praticiens de santé. Un certain nombre de personnes éligibles, vivant dans la précarité, ont à surmonter à la fois une méconnaissance du système de soins français et la barrière de la langue ;
- la constitution du dossier et en particulier la recherche de pièces justificatives peut s'avérer délicate, certaines pièces comme le justificatif de domicile étant difficiles à obtenir. Les personnes sans domicile fixe ont ainsi accès à un nombre de plus en plus restreint d'associations pour se domicilier³ et les personnes hébergées chez des personnes en situation régulière mettent ces dernières sous la menace de sanctions pénales du fait de l'existence d'un délit d'aide au séjour irrégulier ;
- les horaires d'accueil et les délais d'attente⁴ ne permettent pas nécessairement à des personnes qui travaillent de se présenter dans un bureau d'accueil en région parisienne, alors même que l'entretien avec un conseiller technique est nécessaire à l'ouverture de droits ;
- certaines personnes craignent de sortir de la clandestinité ou simplement de se déplacer avec des papiers d'identité pour effectuer une démarche, quand bien même cette dernière aurait pour objet d'obtenir un droit.

Ces obstacles sont à mettre en regard de l'avantage assez limité à ouvrir des droits avant l'apparition d'un besoin de santé. En effet, il est toujours possible d'ouvrir des droits à l'AME au moment où la personne en situation irrégulière aura besoin de soins, l'attestation permettant même un remboursement de soins effectués au cours des trente jours ayant précédé la date de dépôt du dossier de demande d'AME.

2. La connaissance du nombre de personnes en situation irrégulière permettrait de mieux maîtriser le dispositif d'AME

Connaître le nombre de personnes éligibles à l'AME permettrait d'expliquer les variations observées depuis 2000 du nombre de bénéficiaires et de mesurer l'impact des dispositions législatives et réglementaires prises depuis la création du dispositif.

La hausse récente peut aussi bien s'expliquer par un recours accru aux soins dû à une meilleure information de la population éligible, par l'aggravation de l'état de santé général de la population en situation irrégulière (d'où un recours aux soins par un nombre plus élevé d'étrangers irréguliers) ou encore par une augmentation du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire.

³ Cf. annexe VI.

⁴ Lors d'un entretien avec un demandeur d'AME à Paris, ce dernier a déclaré attendre depuis neuf heures.

Cette connaissance du nombre de personnes éligibles à l'AME permettrait également d'anticiper l'impact des mesures spécifiques à l'AME ou relatives à l'immigration en général sur le nombre de bénéficiaires. À titre d'exemple, la loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration, qui modifie le droit du séjour, pourrait avoir un impact sur le dispositif de l'AME. D'autres mesures récentes ont un impact potentiel sur la population irrégulière : l'accélération de la procédure de demande d'asile, dont la durée moyenne est passée de 2,5 ans à un an, a doublé le nombre de déboutés du droit d'asile en 2005⁵ ; par ailleurs, l'année 2006 s'est traduite par une augmentation du nombre de mesures d'éloignement effectuées (passées de 15 560 en 2004 à 19 849 en 2005). **Une meilleure connaissance de la composition de la population irrégulière, et en particulier de la proportion des personnes en situation irrégulière non bénéficiaires de l'AME, aurait permis de quantifier l'impact de ces différentes mesures** sur le nombre de bénéficiaires de ce dispositif. Les décisions de régularisation notamment peuvent diminuer sensiblement le nombre de personnes éligibles⁶.

Au-delà de l'évaluation du nombre actuel de personnes irrégulières, une **appréhension générale des tendances de fond de l'immigration irrégulière permettrait de prévoir l'évolution du dispositif sur la durée.**

B. Les difficultés à recenser et caractériser une population clandestine rendent incertaine toute estimation de ses effectifs

1. Les immigrés illégaux peuvent être caractérisés par la situation qui précède leur basculement dans l'irrégularité

Il est possible de classer les personnes en situation irrégulière en quatre grandes catégories, en fonction de la situation qui a précédé leur **basculement dans l'irrégularité** :

- les personnes qui entrent sur le territoire illégalement sans visa ni titre ;
- les personnes qui entrent sur le territoire avec un visa et se maintiennent sur le territoire ;
- les personnes à qui l'on refuse un document de séjour ou un renouvellement de document de séjour ;
- les personnes déboutées du droit d'asile.

De manière symétrique, il est possible de classer les différentes situations qui peuvent conduire à sortir de la population des personnes en situation irrégulière :

- les personnes qui quittent le territoire volontairement ;
- les personnes qui sont éloignées du territoire ;
- les personnes dont la situation est régularisée.

⁵ Le temps moyen de traitement, appel compris, évalué à 30 mois avant la réforme du droit d'asile introduite par la loi n°2003-1176 du 10 décembre 2003, a été ramené à 13,6 mois au 30 juin 2006 (source : rapport CICI décembre 2006).

⁶ Pour mémoire, la régularisation de 1997 a concerné 80 000 personnes.

2. L'estimation des flux pose des problèmes spécifiques pour chacune des catégories de personnes en situation irrégulière

Estimer le **flux entrant** de personnes en situation irrégulière pose des problèmes spécifiques au sein de chacune des catégories de personnes en situation irrégulière :

- les personnes qui entrent et se maintiennent illégalement sur le territoire ne sont à aucun moment en contact avec l'administration et sont donc la catégorie la plus difficile à estimer ;
- les personnes qui entrent avec un visa et se maintiennent sur le territoire ne sont pas repérables car il n'existe pas de contrôle à la sortie du territoire. Il est donc impossible de savoir si une personne a bien quitté le territoire quand le temps de présence autorisé est écoulé ;
- les personnes qui se voient refuser un titre de séjour ou un renouvellement de document de séjour ne sont pas recensées de manière systématique et les chiffres existants sont peu fiables. La connaissance même du nombre annuel de titres de séjour délivrés depuis 2000 était erronée jusqu'en 2006 ;
- seule l'estimation du nombre de déboutés du droit d'asile repose sur des données fiables.

Le même type de problèmes se pose pour estimer les **flux sortants**. S'il est possible d'obtenir un chiffre pour les personnes éloignées du territoire, les autres catégories de personnes sont difficiles à estimer :

- les personnes qui quittent le territoire volontairement ne sont pas recensées ;
- il n'est pas possible de distinguer, parmi les personnes qui obtiennent un document de séjour, la part de celles qui étaient en situation irrégulière au moment de l'obtention du titre. Le rapport du CICI (cf. *infra*) a procédé à une estimation de ce chiffre. Toutefois, cette étude repose sur des déclarations, ce qui la rend peu fiable. En outre, les personnes entrées de façon irrégulière ne représentent qu'une partie des personnes en situation irrégulière. ;
- seul le nombre de personnes effectivement éloignées est fiable.

Toutes ces difficultés obligent à une grande prudence dans l'interprétation des chiffres disponibles.

Les évaluations discordantes de la proportion des personnes en situation irrégulière entrées en France avec un visa témoignent de la difficulté à quantifier les phénomènes liés à l'immigration irrégulière. Le ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire déclarait en 2003⁷ que cette proportion était d'environ 90 %. Une étude menée en novembre 2002 par l'inspection générale de l'administration de ce même ministère⁸ conduit à un résultat proche en estimant à 90 % le pourcentage de personnes en situation irrégulière entrées légalement, « *la plupart munies d'un visa* ». Une étude menée par le ministère des affaires étrangères donne à l'inverse des chiffres très différents, avec un pourcentage de 21 % seulement⁹. Enfin, les statistiques de l'OFPRA indiquent que moins de 15 % des demandeurs d'asile sont entrés en France munis d'un visa¹⁰.

Il résulte des difficultés à estimer le nombre de personnes irrégulières sur le territoire que le nombre de bénéficiaires de l'AME est parfois utilisé pour fournir une estimation du nombre de personnes en situation irrégulière, alors même qu'il s'agit ici de déterminer le nombre potentiel de personnes supplémentaires susceptibles de recourir à l'AME par rapport au nombre actuel.

Tel a par exemple été le cas en novembre 2005, lors d'une audition du ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire devant la commission du Sénat sur l'immigration irrégulière, qui a estimé le nombre de personnes en situation irrégulière entre une et deux fois celui de bénéficiaires de l'AME, ce qui conduit à une estimation entre 200 000 et 400 000 personnes. Le nombre de bénéficiaires de l'AME ne peut constituer qu'une estimation plancher du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire, dans la mesure où toutes les personnes éligibles au dispositif n'ouvrent pas leurs droits.

C. Les informations disponibles ne permettent que d'appréhender certaines caractéristiques de la population en situation irrégulière

1. Plusieurs rapports ont procédé à une évaluation de la population irrégulière sur le territoire

La mission s'est appuyée sur plusieurs rapports pour mieux appréhender le volume de la population irrégulière sur le territoire :

- les deuxième et troisième rapports au Parlement du comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI). Cet organisme a été créé par le décret n°2005-544 du 26 mai 2005 et a pour mission de fixer les orientations de la politique gouvernementale en matière de contrôle des flux migratoires, et de présenter un rapport au Parlement sur les orientations de la politique gouvernementale en matière d'immigration ;
- le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine remis le 6 avril 2006 ;
- le rapport de la Cour des comptes sur l'accueil des immigrants et l'intégration des populations issues de l'immigration de novembre 2004 ;

⁷ Source : rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République par M. Thierry Mariani, député du Vaucluse, sur le projet de loi relatif à la maîtrise de l'immigration et au séjour des étrangers en France et enregistré le 18 juin 2003.

⁸ Source : *Id.*

⁹ Source : rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine.

¹⁰ Source : *Id.*

- le rapport d'information déposé par la délégation de l'assemblée nationale pour l'Union européenne à l'immigration sur la politique européenne d'immigration le 12 avril 2006 ;
- le rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République par M. Thierry Mariani, député du Vaucluse, sur le projet de loi relatif à la maîtrise de l'immigration et au séjour des étrangers en France et enregistré le 18 juin 2003.

L'étude de ces rapports fait ressortir que seuls **certains aspects de l'immigration irrégulière peuvent faire l'objet d'une estimation** sans qu'une évaluation du nombre total de personnes en situation irrégulière soit possible.

Ainsi, en 2004, un rapport de la Cour des comptes mettait en garde le lecteur sur la difficulté à chiffrer l'immigration irrégulière¹¹ : « *Comparer les chiffres relevés portant sur les flux les plus récents conduirait par conséquent à rapprocher 13 000 (INED) de 30 000 et 140 000. Un rapport récent du ministère de l'intérieur évoquerait des chiffres de flux annuel compris entre 150 000 et 200 000. Impossible à quantifier de façon certaine, l'immigration clandestine fait donc l'objet d'estimations qui reflètent les convictions (...) de leurs auteurs* ».

Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des données.

Les chiffres de l'outre-mer sont traités séparément (cf. *infra* § 5). Les autres données présentées ci-dessous ne concernent que la métropole.

2. L'appréhension du nombre de personnes en situation irrégulière dépend de données très partielles sur certains flux entrants et sortants

a) Le nombre de déboutés du droit d'asile peut être estimé

La seule catégorie de personnes en situation irrégulière qu'il est possible d'estimer est la population des déboutés du droit d'asile.

La possibilité pour un demandeur d'asile de faire un recours auprès de la Commission de recours des réfugiés (CRR) après un premier refus de l'OFPRA rend néanmoins l'estimation du nombre de déboutés délicate. En effet, parmi les personnes qui se sont vu notifier un refus par l'OFPRA une année N, certaines ne feront pas de recours et deviendront donc immédiatement déboutées du droit d'asile, alors que d'autres feront un recours et se verront soit accorder le statut de réfugié, soit seront déboutées plusieurs mois plus tard.

Le rapport du CICI de décembre 2006 surmonte cette difficulté en majorant d'un coefficient forfaitaire de 13,2 % le nombre de déboutés de la CRR et déduit donc à partir du nombre de refus de la CRR le tableau suivant pour le nombre de déboutés.

Tableau 1 : Première estimation du nombre de déboutés du droit d'asile

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Estimation du nombre de déboutés	14 200	18 400	22 400	24 500	29 600	38 800	60 000	207 900

Source : Rapport du CICI de décembre 2006

¹¹ Rapport de la Cour des Comptes sur l'accueil des immigrants et l'intégration des populations issues de l'immigration, novembre 2004.

Une deuxième méthode, proposée par le CICI pour le rapport de la commission du Sénat sur l’immigration irrégulière consiste à retrancher chaque année le nombre de décisions d’accord (cumulées entre l’OFPRA et la CRR) au nombre de primo-demandes. Elle permet d’établir le tableau suivant.

Tableau 2 : Deuxième estimation du nombre de déboutés

Année	Nombre de primo demandeurs d’asile (dont asile territorial ¹²) (1)	Nombre de reconnaissances (dont asile territorial) (2)	Estimation du nombre de déboutés (1) – (2) = (3)
1999	37 891 (6 984)	4 879 (383)	33 012
2000	50 562 (11 815)	4 958 (286)	45 604
2001	64 563 (17 272)	6 300 (181)	58 263
2002	73 875 (22 788)	7 443 (89)	66 432
2003	79 945 (27 741)	8 285 (111)	71 660
2004	50 547	10 088	40 459
2005	42 541	11 531	31 010
Total	399 924	53 484	364 440

Source : CICI cité par le rapport de la commission d’enquête du Sénat sur l’immigration clandestine

Ces deux chiffres fournissent une fourchette du nombre de déboutés sur la période 1999-2005. On peut donc estimer une fourchette de la contribution des déboutés de l’asile à la population irrégulière en France. La synthèse des deux méthodes permet de constituer le tableau suivant.

Tableau 3 : Contribution annuelle de la demande d’asile à l’immigration irrégulière entre 1999 et 2005

Année	Estimation du nombre de déboutés Fourchette basse (1)	Estimation du nombre de déboutés Fourchette haute (2)	Nombre de mesures d’éloignement effectivement exécutées ¹³ (3)	Estimation du flux net Fourchette basse (1) – (3)	Estimation du flux net Fourchette haute (2) – (3)
1999	14 200	33 012	7 821	6 379	25 191
2000	18 400	45 604	9 230	9 170	36 374
2001	22 400	58 263	8 604	13 796	49 659
2002	24 500	66 432	10 067	14 433	56 365
2003	29 600	71 660	11 692	17 908	59 968
2004	38 800	40 459	15 560	23 240	24 799
2005	60 000	31 010	19 849	40 151	11 161
Total	207 900	364 440	89 923	125 077	263 517

Source : Mission

¹² La circulaire NOR/INT/D/98000138 C présente l’asile territorial : « La loi n° 98-349 du 11 mai 1998 définit pour la première fois l’asile territorial, protection accordée par la France sous forme d’admission exceptionnelle au séjour, sur décision du ministre de l’Intérieur après consultation du ministre des Affaires étrangères, à un étranger dont la vie ou la liberté sont menacées dans son pays ou qui y est exposé à des traitements inhumains ou dégradants, contraires à l’article 3 de la Convention européenne des droits de l’homme. Cette notion est donc distincte de la notion de reconnaissance de la qualité de réfugié par l’Office français de protection des réfugiés et apatrides et la Commission des recours des réfugiés, même si les deux démarches peuvent se confondre dans le temps. ». Cette procédure a été supprimée en 2003.

¹³ Source : CICI, repris dans le rapport de la commission du Sénat sur l’immigration irrégulière.

Cependant, cette estimation possède un certain nombre de biais :

- la troisième colonne est surestimée car toutes les personnes reconduites n'ont pas nécessairement effectué une demande d'asile ;
- la dernière colonne ne prend pas en compte les personnes qui sont reparties du territoire de leur propre fait ou dont la situation a été régularisée par une autre procédure.

Au-delà des problèmes de biais, il convient de rappeler que le nombre de déboutés du droit d'asile ne représente qu'une catégorie des personnes en situation irrégulière. En 1997, la proportion des demandeurs d'asile parmi les candidats à la régularisation était de 23 %. Ceci semblerait indiquer qu'il faudrait multiplier par quatre le nombre de déboutés qui restent sur le territoire pour obtenir une approximation du nombre de personnes en situation irrégulière, ce qui conduirait à une fourchette très large d'entre 500 000 et 1 000 000 de personnes.

Cependant, ce type d'estimation est très peu fiable car rien ne prouve qu'en 2006 les déboutés du droit d'asile représentent toujours le quart des personnes en situation irrégulière sur le territoire, ainsi que le rappelle le rapport de décembre 2006 du CICI : « on estime qu'une forte proportion d'étrangers demandeurs d'asile reste sur le territoire français après s'être vu opposer un refus de l'OFPRA et, le cas échéant, par la commission de recours des réfugiés (CRR). La proportion des déboutés qui restent sur le territoire français et la part des déboutés parmi les étrangers en situation illégale ne sont cependant pas quantifiables ».

b) Le nombre de personnes dont la situation est régularisée repose sur des données déclaratives

Le rapport du CICI de décembre 2006 propose un tableau sur le nombre de personnes qui obtiennent un titre de séjour (hors demande d'asile) alors qu'elles sont entrées de manière irrégulière sur le territoire.

Tableau 4 : Estimation du nombre de titres délivrés à des personnes entrées illégalement sur le territoire

	2001	2002	2003	2004	2005
Titres délivrés après entrée irrégulière	15 833	20 450	25 871	28 268	31 600

Source : Rapport du CICI décembre 2006

Il convient toutefois de noter que **ce chiffre est peu fiable**, puisqu'il s'appuie sur les déclarations de personnes qui obtiennent un titre de séjour. Par ailleurs, le fait d'être entré de façon irrégulière est à distinguer du fait d'être en situation irrégulière au moment de la demande. Ainsi, les personnes entrées avec un visa avant de basculer dans l'irrégularité ne sont pas prises en compte dans ce chiffre.

3. D'autres indicateurs permettent d'appréhender la population irrégulière sur le territoire

a) La durée moyenne de présence peut difficilement être connue

La durée moyenne de présence sur le territoire des personnes en situation irrégulière permet de lier l'estimation des flux entrants au stock de la population irrégulière. Ainsi l'hypothèse d'une durée moyenne de présence de N années impliquerait que le nombre de personnes en situation irrégulière soit égal à N fois le flux annuel entrant.

La durée moyenne de présence peut être estimée lors de régularisations importantes. Le rapport de la Cour des comptes sur l'accueil des immigrants et l'intégration des populations issues de l'immigration de novembre 2004 indique que « *les études portant sur les régularisations de 1982 et 1998 permettent d'estimer cette durée moyenne à une dizaine d'années* ». Le directeur de l'Institut national des études démographiques (INED) donne les mêmes ordres de grandeur : « *toutes les régularisations menées en France et en Europe montrent que la durée de séjour des migrants illégaux s'étale au moins sur les dix dernières années* ».

Cependant, cette moyenne, calculée sur la population des personnes qui demandent une régularisation, surestime la durée réelle de séjour de l'ensemble de la population irrégulière. En effet, les personnes présentes depuis peu de temps sur le territoire avant une régularisation présentent en moyenne moins de demandes de régularisation que les personnes présentes depuis très longtemps.

On peut néanmoins interpréter ces chiffres en concluant qu'il existe sur le territoire une population de personnes en situation irrégulière et présente depuis plus de dix ans sur le territoire.

b) Le CICI utilise un panel d'indicateurs complémentaires

Dans son rapport de décembre 2006, le CICI propose six indicateurs pour évaluer le nombre de personnes en situation irrégulière. Outre le nombre de déboutés du droit d'asile, le nombre de personnes qui obtiennent un document de séjour et qui ont déclaré être entrés irrégulièrement sur le territoire, et le nombre de bénéficiaires de l'AME, qui ont déjà été mentionnés, le CICI propose trois autres indicateurs : le nombre d'interpellations et d'infractions à la législation sur les étrangers, le nombre de placements en centre de rétention administrative et le nombre de mesures d'éloignement non exécutées.

Tableau 5 : Indicateurs utilisés par le CICI

	2003	2004	2005
Nombre d'interpellations d'étrangers en situation irrégulière	45 500	44 545	63 681
Nombres de personnes placées en CRA	28 155	30 043	29 257
APRF prononcés	49 017	64 221	61 595
APRF exécutés	9 352	12 720	14 897
APRF non exécutés	39 665	51 501	46 698

Source : Rapport du CICI décembre 2006

Si ces indicateurs ne permettent pas de proposer une estimation du nombre total de personnes en situation irrégulière, il pourrait être intéressant d'observer leur évolution pour évaluer si le nombre de personnes en situation irrégulière croît ou décroît. Toutefois, les variations de ces indicateurs peuvent aussi s'expliquer par celles de l'activité des services de police et de gendarmerie. Il n'est donc pas possible de distinguer dans la hausse observée des interpellations ces dernières années la part due à une activité accrue des services de police et de gendarmerie et celle due à une éventuelle hausse du nombre de personnes en situation irrégulière.

4. Les comparaisons internationales constituent un moyen de fournir une estimation du nombre de personnes en situation irrégulière

À la différence de la France, certains pays ont mis en place des études pour chiffrer le nombre de personnes en situation irrégulière sur leur territoire. Le tableau suivant reprend ces estimations, à la fois en nombre de personnes et en pourcentage du nombre de nationaux. Les chiffres présentés sont des estimations des « bornes minimales » du nombre de personnes en situation irrégulière.

Tableau 6 : Estimations du nombre de personnes en situation irrégulière

	Estimation du nombre de personnes en situation irrégulière ¹⁴	Pourcentage de personnes en situation irrégulière dans la population totale	Année de l'estimation (nombre d'années depuis la dernière régularisation)
Australie	50 000	0,2 %	2005 (ND)
Espagne	600 000	1,6 %	2005 (4)
États-Unis	10 300 000	3,6 %	2004 (18)
Grèce	370 000	3,4 %	2001 (3)
Italie	700 000	1,2 %	2002 (4)
Japon	210 000	0,2 %	2005 (ND)
Pays-Bas	180 000	1,1 %	2004 (ND)
Portugal	185 000	1,8 %	2001 (6)
Suisse	90 000	1,2 %	2005 (ND)

Source : Rapport de la commission du Sénat sur l'immigration irrégulière

On peut noter une forte variabilité entre pays, ce qui rend difficile toute extrapolation à la France. Cependant, si l'on prenait une fourchette de 1 à 1,5 % de la population en situation irrégulière, qui placerait la France dans les mêmes ordres de grandeur que l'Espagne, l'Italie, la Suisse et le Portugal, on obtiendrait une fourchette de 600 000 à 900 000 personnes en situation irrégulière, soit de trois à cinq fois le nombre de bénéficiaires actuels de l'AME.

5. L'outre-mer présente une situation spécifique en matière d'immigration irrégulière

S'il n'est pas possible d'estimer le nombre de personnes en situation irrégulière en métropole, des chiffres plus précis sont disponibles pour l'outre-mer. Le rapport du CICI de décembre 2006 donne les chiffres suivants sur la Guadeloupe, la Guyane et Mayotte, collectivités particulièrement concernées par l'immigration irrégulière :

Tableau 7 : Estimation du nombre de personnes en situation irrégulière outre-mer

Département	Nombre de personnes en situation irrégulière (1)	Nombre de bénéficiaires de l'AME au 31 décembre 2005 (2)	Ratio (2/1)
Guadeloupe	15 000	877	5,84 %
Guyane	40 000	13 701	34,25 %
Mayotte	50 000	0	NA

Source : Rapport du CICI de décembre 2006

L'analyse de ces chiffres fait apparaître que les ordres de grandeur des flux induits sont sensiblement différents de ceux de la métropole, **ce qui signifie que les spécificités de l'outre-mer en matière d'immigration illégale sont fortes.**

¹⁴ Les méthodes d'estimation employées sont décrites dans le rapport.

Pour la Guyane, l'estimation correspond à une proportion de personnes en situation irrégulière comprise entre 20 % et 25 % de la population, pour Mayotte de 30 %. Ces spécificités s'expliquent à la fois par la proximité de pays¹⁵ dont les écarts de niveaux de vie avec la France sont importants et par l'existence de frontières étendues avec ces pays.

II. LA SITUATION ADMINISTRATIVE DES IMMIGRES IRREGULIERS EST A LA FOIS DIVERSE ET COMPLEXE

A. La complexité de la notion d'irrégularité se répercute sur la gestion des CPAM

La notion juridique de régularité est complexe et dépend de l'usage qui en est fait. Ainsi, **une personne irrégulière au sens du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) peut être considérée comme satisfaisant la condition de régularité du séjour pour sa couverture santé.** Les seuls documents qui rendent le séjour régulier au sens du CESEDA sont (classés par ordre croissant de précarité)¹⁶ :

- les cartes de résident ou de retraité ;
- les cartes temporaires de séjour d'une durée d'un an à trois ans ;
- les récépissés de demande de renouvellement de titre de séjour ;
- les autorisations provisoires de séjour d'une durée variant généralement entre un mois et six mois.

Dans le même temps, la circulaire du ministère des affaires sociales et des solidarités du 3 mai 2000¹⁷ relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle précise que la résidence d'une personne étrangère est considérée comme régulière dès lors que cette personne peut se prévaloir, à défaut de la production d'une carte de séjour, « *de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence* ». Ces documents ne rendent donc pas le séjour régulier au sens du CESEDA mais le rendent régulier au sens de la circulaire.

Toutes les personnes en situation irrégulière ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'une mesure d'éloignement :

- certaines personnes en situation irrégulière sont protégées juridiquement contre le fait d'être l'objet de mesures d'éloignements alors qu'elles sont en situation irrégulière, en raison par exemple de liens familiaux avec des résidents français ;
- d'autres personnes ne peuvent être éloignées pour des raisons pratiques, par exemple lorsqu'il n'est pas possible de déterminer avec certitude le pays d'origine ou lorsque les autorités de celui-ci ne reconnaissent pas la personne concernée.

Ces personnes, qui se retrouvent en situation irrégulière mais sont protégées de tout éloignement effectif, sont éligibles à l'AME.

¹⁵ Respectivement le Brésil et le Surinam pour la Guyane et l'Union des Comores pour Mayotte.

¹⁶ À l'exception des personnes en possession d'un visa et des ressortissants de pays dont un accord avec la France autorise la présence.

¹⁷ Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/2000/239.

Enfin, il existe des cas, certes limités, dans lesquels il est possible de se trouver sur le territoire en situation régulière sans avoir de documents de séjour. C'est le cas notamment des demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire¹⁸ et des demandeurs d'asile dits de la procédure « Dublin »¹⁹, qui doivent procéder à leur demande d'asile dans un autre pays de l'Union européenne.

Au total, la complexité du droit positif et de sa pratique en matière de droit du séjour et la grande variété de situations ne rendent pas toujours aisée l'appréciation de la régularité de la situation administrative d'un étranger pour les acteurs du domaine social. De plus, les différences d'appréciation entre administrations sont susceptibles de complexifier davantage encore la situation.

B. Les cas de basculements entre régularité et irrégularité peuvent être multiples

Les passages successifs entre situation régulière et irrégulière constituent un élément de complexité supplémentaire. Au-delà des personnes qui se trouvent durablement placées dans une situation d'irrégularité, certains étrangers peuvent osciller entre régularité et irrégularité en attendant de voir leur situation stabilisée. Cette instabilité administrative entraîne une difficulté importante dans la gestion du dispositif de l'AME.

Le cas des demandeurs d'asile montre la perméabilité entre situation régulière et situation irrégulière :

- la personne qui entre de manière irrégulière sur le territoire pour demander l'asile est en situation irrégulière tant que son dossier de demande d'asile n'a pas été déposé à la préfecture. Si sa demande est acceptée par la préfecture, elle se voit délivrer une autorisation provisoire de séjour et devient en situation régulière ;
- la personne qui manifeste sa volonté de demander l'asile à la frontière est placée en zone d'attente. Si cette personne est jugée en droit de déposer une demande, elle se voit délivrer un sauf-conduit pour aller déposer un dossier en préfecture. Si elle dépasse le délai pour déposer sa demande, elle se retrouve en situation irrégulière jusqu'à ce qu'elle dépose effectivement sa demande, ce qui permettra de régulariser sa situation ;
- une fois le dossier déposé en préfecture, le demandeur a un délai d'un mois pour envoyer un dossier de demande d'asile à l'OFPRA, qui renverra un document attestant de la demande d'asile si le dossier est complet. Ce document doit être fourni en préfecture pour obtenir un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile. Là encore, tout délai dans la procédure entraîne un basculement dans l'irrégularité, puis un retour vers la régularité dès que le document est fourni ;
- pendant le traitement de sa demande, le demandeur doit renouveler tous les trois mois sa demande d'autorisation provisoire de séjour en justifiant de son domicile. Si le demandeur oublie un renouvellement, il bascule dans une situation irrégulière jusqu'à ce qu'il revienne formuler une demande de renouvellement.

¹⁸ Il s'agit des personnes visées par l'article L. 741-4 2° et 4° du CESEDA.

¹⁹ Il s'agit des personnes concernées par le règlement (CE) n° 343/2003 du Conseil du 18 février 2003, codifié à l'article L. 741-4 1° du CESEDA.

La succession d'actes à accomplir dans le cadre d'une demande d'asile constitue ainsi autant de basculements temporaires possibles dans l'irrégularité, **sans qu'il existe de connexion entre la situation administrative au regard du droit du séjour et la couverture des soins de santé.**

C. L'admission au séjour en qualité d'étranger malade permet de régulariser certaines situations

La loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour l'étranger « *résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement dans le pays dont il est originaire* ». Cette disposition **permet ainsi à certaines personnes éligibles à l'AME de voir leur situation régularisée du fait de leur état de santé.**

Cette procédure constitue un autre cas « d'effet de bord » en permettant des passages entre situation irrégulière et situation régulière. Elle pose cependant un problème spécifique, dans la mesure où elle rend plus difficile les analyses de coût moyen pour les bénéficiaires de l'AME. En effet, si 73 % du coût du dispositif est concentré sur les 10 % de consommateurs les plus importants, on peut penser que le fait de faire basculer à la CMU des personnes dont l'état de santé est grave réduit potentiellement le coût moyen réel des bénéficiaires de l'AME. La mission n'a toutefois pas été en mesure de quantifier cet effet, en l'absence de données sur les dépenses de santé des bénéficiaires de titres de séjour « étranger malade ».

L'obtention d'un titre de séjour en qualité d'étranger malade dépend d'une procédure particulière :

- un médecin agréé ou par un praticien hospitalier établit un rapport médical relatif à l'état de santé du demandeur qui doit préciser la ou les pathologies concernées, le traitement en cours et sa durée prévisible et, s'il dispose de cette information, la possibilité ou non de traitement dans le pays d'origine ;
- ce rapport médical doit ensuite être adressé sous pli confidentiel au médecin inspecteur de santé publique compétent au regard du domicile de l'intéressé ou, à Paris, au médecin chef du service médical de la préfecture de police ;
- le médecin inspecteur de santé publique doit, sans rencontrer le malade et à partir du seul rapport, indiquer si le malade satisfait bien les deux conditions (gravité de la pathologie et absence de possibilité de soins dans le pays d'origine) sans donner de justifications ni estimer la durée de traitement nécessaire. Le médecin inspecteur peut toutefois, s'il souhaite disposer d'un avis médical supplémentaire, convoquer le demandeur pour une consultation devant une commission médicale régionale²⁰ ;
- l'avis du médecin inspecteur est transmis au préfet qui décide de l'attribution ou non du titre de séjour et de la durée de ce titre.

²⁰ Cette possibilité a été introduite par la loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration et au séjour des étrangers, qui dispose : « *Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État* ». Le décret d'application correspondant (n°2006-231) est paru le 27 février 2006.

Les préfets, ne disposant pas d'autres éléments de décisions que l'avis positif ou négatif du médecin inspecteur, suivent cet avis dans la très grande majorité des cas. Or un récent rapport de l'IGAS²¹ souligne que « dans les faits, le médecin inspecteur de santé publique est démuné d'informations sur l'offre de soins et les possibilités d'accès effectif aux soins ».

Les documents de séjours délivrés par les préfecture peuvent être soit une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » soit une autorisation provisoire de séjour renouvelable. **Les pratiques semblent être relativement hétérogènes d'une préfecture à l'autre**, les circulaires laissant une grande marge d'appréciation dans la mise en œuvre de la loi²². D'après les informations recueillies par la mission, il semblerait que la règle générale soit de donner une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour les personnes qui sont en mesure de prouver une présence en France depuis plus d'un an, et de ne délivrer qu'une autorisation provisoire de séjour d'une durée de six mois pour les autres.

Le nombre de personnes concernées par la procédure a augmenté très rapidement depuis 1999, mais semble néanmoins se stabiliser en 2005. Le nombre de demandes a en effet été multiplié par neuf entre 2000 et 2004. Pour la même période, le nombre de premiers titres délivrés a été multiplié par quatre, ce qui indique une baisse du taux de délivrance de titres. Le stock de personnes bénéficiant d'une carte de séjour en 2004 est de 16 614, ce qui correspond à 10 % du nombre des bénéficiaires de l'AME. Enfin, l'analyse du nombre des autorisations provisoires de séjour (APS) montre que le nombre d'APS délivrées tous les ans est comparable au nombre de premiers titres délivrés.

Tableau 8 : Chiffres clefs sur la procédure étrangers malades

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique	1 500	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008	ND
Nombre de premières cartes de séjour délivrées à des « étrangers malades »	ND	1 996	3 414	4 183	5 524	7 455	7 196
Nombre total de cartes de séjour délivrées à des « étrangers malades »	3 605	4 795	7 109	8 987	12 109	16 164	ND
Nombre d'autorisations provisoires de séjour délivrées à des « étrangers malades »	ND	ND	ND	3 972	5 985	5 191	4 254

Sources : Rapport du CICI de décembre 2006 et direction de la population et des migrations.

Il est difficile de porter un jugement quant aux effets de cette procédure sur le nombre de bénéficiaires de l'AME. En effet, la mission n'a pu quantifier le phénomène en rapprochant le fichier des bénéficiaires de l'AME, tenu par la CNAMTS, de celui des cartes et autorisations de séjour délivrées à des étrangers pour des raisons médicales, détenu par les préfectures. Toutefois, l'augmentation très importante des demandes peut signifier que cette procédure constitue, dans certains cas, l'ultime recours d'étrangers à qui le séjour en France a été refusé.

²¹ Rapport de l'IGAS sur les avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique sur le maintien des étrangers malades sur le territoire, rédigé par M. Jean-François BENEVISE et M. Alain LOPEZ.

²² La circulaire NOR/INT/D/02/00215/C du 19 décembre 2002 dispose : « lorsque la situation qui vous est exposée vous apparaît digne d'intérêt, vous pourrez, en vertu de votre pouvoir d'appréciation, délivrer une autorisation provisoire de séjour, notamment à l'étranger malade dont l'état de santé ne justifie pas la délivrance d'une carte de séjour mais nécessite la poursuite momentanée d'un traitement ». La circulaire NOR/INT/D/03/00003/C du 10 janvier 2003 dispose quant à elle : « vous vous attacherez à distinguer soigneusement les cas où l'étranger doit être admis au séjour au titre de l'article 12bis avec délivrance de carte de séjour temporaire d'un an, des cas où l'existence d'un besoin très temporaire de soins peut conduire à la délivrance discrétionnaire d'une autorisation provisoire de séjour ».

ANNEXE V

ANALYSE DE L'ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES DE L'AME

SOMMAIRE DE L'ANNEXE V

I. NOMBRE ET PROFIL DES BENEFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS A L'HOPITAL	2
A. PROPORTION DES SEJOURS AME ET SOINS URGENTS DANS LE TOTAL DES SEJOURS DES ETABLISSEMENTS	2
B. ANALYSE DE LA STRUCTURE PAR AGE ET PAR SEXE DES PERSONNES HOSPITALISEES	3
1. <i>Les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents sont plus jeunes que l'ensemble des autres patients</i>	3
2. <i>La proportion de femmes hospitalisées parmi les patients AME ou soins urgents est plus importante que parmi les autres patients</i>	5
II. LES PATHOLOGIES DONT SOUFFRENT LES BENEFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS	5
A. L'ANALYSE PAR CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC FAIT RESSORTIR QUELQUES SPECIFICITES	5
B. LES PATIENTS AME SONT SUR-REPRESENTES POUR TROIS PATHOLOGIES PARTICULIERES : LA TUBERCULOSE, LE VIH ET L'HEPATITE VIRALE C	6
III. LA GRAVITE DES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE.....	7
A. L'ANALYSE DES DUREES MOYENNES ET MEDIANES DE SEJOURS PAR CMD ET GHM FOURNIT UNE PREMIERE INDICATION DE LA GRAVITE DES PATHOLOGIES	7
1. <i>Analyse par CMD</i>	7
2. <i>Analyse par GHM</i>	9
B. L'ANALYSE DE LA PART DE SEJOURS AVEC CO-MORBIDITE SIGNIFICATIVE CONFIRME UNE GRAVITE SUPERIEURE A LA MOYENNE DES PATHOLOGIES POUR LES PATIENTS SOINS URGENTS MAIS PAS POUR LES BENEFICIAIRES DE L'AME.....	9

INTRODUCTION

La mission a procédé à une **analyse de l'état de santé des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents**, dans l'objectif de déterminer leurs caractéristiques et de comprendre les déterminants de leurs dépenses. Elle vise également à permettre d'apprécier la capacité du dispositif à répondre aux besoins de santé de ces personnes, qui vivent pour la plupart dans des conditions précaires. Cet élément de contexte est important, dans la mesure où la relation entre santé et précarité a été démontrée dans plusieurs études¹.

Toutefois, l'état de santé des bénéficiaires de l'AME n'a, jusqu'à présent, jamais fait l'objet d'une étude spécifique. Les analyses menées par la mission visaient à répondre à trois questions principales :

- les **caractéristiques** des bénéficiaires (âge et sexe notamment) ;
- les **pathologies** dont ils souffrent ;
- la **gravité de leurs pathologies** par rapport aux autres patients.

Les données médicales sont difficiles à recenser lorsque les patients sont pris en charge par des praticiens libéraux ou dans le cadre des consultations externes à l'hôpital. En cas d'hospitalisation en revanche, les données médicales sont recensées de manière détaillée dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La mission s'est donc concentrée sur les données concernant des patients hospitalisés. Elle s'est appuyée sur les données extraites du PMSI de certains des hôpitaux visités (Charles-Nicolle à Rouen, la Conception à Marseille, Avicenne à Bobigny, la Pitié-Salpêtrière à Paris), puis sur **les recherches menées pour l'ensemble des hôpitaux de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)**, soit 24 établissements, par le département d'information médicale et d'épidémiologie de l'AP-HP².

Si les données de l'AP-HP ne peuvent être considérées comme représentatives des patients de la France entière, elles constituent cependant un échantillon important, avec 15 886 séjours analysés. Les données des autres hôpitaux sollicités rejoignent les grandes tendances observées pour l'AP-HP. Elles ne sont pas présentées dans la présente annexe, car il n'a pas été opéré de distinction entre soins urgents et AME pour ces hôpitaux.

Étant donné que l'identité des patients et leur couverture sociale n'est pas indiquée dans le PMSI, cette étude a nécessité de rapprocher les données contenues dans la base Gilda (logiciel de gestion des dossiers administratifs), afin de repérer les séjours des patients relevant de l'AME ou des soins urgents et les données issues du PMSI. L'année de référence est l'année 2005 (patients entrés à l'hôpital en 2005).

¹ Voir à ce sujet le numéro spécial du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur les *inégalités sociales de santé en France*, n° 2-3, 2007.

² Les établissements de moyen et de long séjour et les établissements spécialisés de l'AP-HP n'ont cependant pas été inclus dans l'étude.

L'analyse a porté à la fois sur les catégories majeures de diagnostic (CMD) et sur leur subdivision en groupes homogènes de malades (GHM)³. Trois catégories de séjour ont été distinguées pour comparer les données disponibles :

- ceux des personnes bénéficiaires de l'AME ;
- ceux des personnes soignées au titre de la procédure soins urgents ;
- les séjours « autres », c'est-à-dire les personnes hospitalisées sous une autre couverture, quelle qu'elle soit, ou sans couverture sociale, mais ne répondant pas au critère soins urgents ou AME.

Par ailleurs, la méthode suivie vise à assurer que ces trois types de séjours sont comparables :

- pour certaines comparaisons, les séjours des personnes de 70 ans et plus ont été retirés de l'ensemble des trois catégories, afin de pondérer l'effet de l'âge dans la catégorie « autres ». En effet, les personnes de plus de 70 ans représentent une part sensiblement plus faible parmi les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents que parmi les séjours « autres » ; le seuil de 65 ans a été retenu pour l'analyse de trois pathologies spécifiques.
- afin de rendre plus homogènes les comparaisons sur les durées moyennes de séjour, un ratio standardisé de durée de séjour a été calculé par CMD, en ajustant les calculs sur le GHM. Cette standardisation a été effectuée à la fois sur la classe d'âge et sur les diagnostics (appréciés au travers des GHM), permettant d'objectiver les différences en tenant compte de distributions inégales de la population par âge ou par diagnostic ;
- les différences observées ont été testées statistiquement par un test de comparaison de moyennes, avec un seuil de significativité à 5 %.

I. NOMBRE ET PROFIL DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS A L'HOPITAL

A. Proportion des séjours AME et soins urgents dans le total des séjours des établissements

Le nombre de séjours de bénéficiaires de l'AME ou des soins urgents est relativement faible par rapport au nombre de séjours totaux des hôpitaux observés. Le tableau suivant montre en effet que la part des hospitalisations pour soins urgents est minime dans l'activité des hôpitaux (moins de 1 %). L'AME ne représente plus de 5 % de l'activité de l'hôpital que dans six hôpitaux seulement.

³ Les CMD correspondent à un niveau de classement des séjours, en principe selon le diagnostic principal. Il en existe plus d'une vingtaine. Le GHM est le premier niveau de classification des séjours cohérents du point de vue médical et des coûts. Il comprend plusieurs centaines de catégories.

Tableau 1 : Nombre de séjours (hospitalisation complète) et nombre de patients par hôpital pour l'AME et les soins urgents en 2005

Hôpital	AME			Soins urgents		
	Nombre de séjours	Part dans l'hôpital	Nombre de patients	Nombre de séjours	Part dans l'hôpital	Nombre de patients
Groupe hospitalier C. Foix – J.Rostand	388	7,8 %	336	27	0,5 %	23
Rothschild	342	6,3 %	289	3	0,1 %	3
Bichat	1 711	5,8 %	1 227	100	0,3 %	58
Lariboisière – F. Widal	1 580	5,7 %	1 294	60	0,2 %	47
R. Debré	1 081	5,5 %	906	39	0,2 %	33
J. Verdier	739	5,3 %	615	46	0,3 %	37
Tenon	1 126	4,5 %	864	76	0,3 %	58
St-Antoine	972	3,5 %	758	82	0,3 %	63
Beaujon	576	3,3 %	473	50	0,3 %	39
L. Mourier	419	3,0 %	337	14	0,1 %	12
St-Louis	765	2,9 %	493	39	0,1 %	30
Avicenne	469	2,8 %	335	0	0,0 %	0
Pitié Salpêtrière	1 311	2,4 %	903	47	0,1 %	34
Trousseau	304	2,3 %	238	19	0,1 %	12
Hôtel-Dieu	314	2,2 %	218	1	0,0 %	1
Cochin – SVP	886	1,9 %	706	31	0,1 %	21
Bicêtre	522	1,9 %	388	44	0,2 %	35
Necker	402	1,6 %	323	11	0,0 %	9
HEGP	361	1,3 %	246	20	0,1 %	17
A. Beclère	233	1,3 %	192	15	0,1 %	14
P. Brousse	75	1,2 %	39	8	0,1 %	6
Groupe hospitalier H.Mondor - A.Chenevier	311	1,1 %	210	8	0,0 %	7
R. Poincaré	66	1,0 %	49	7	0,1 %	5
A. Paré	177	0,9 %	129	9	0,0 %	6
Total	15 130	2,9 %	11 568	756	0,1 %	570

Source : AP-HP

B. Analyse de la structure par âge et par sexe des personnes hospitalisées

1. Les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents sont plus jeunes que l'ensemble des autres patients

La répartition par âge des patients AME et soins urgents fait apparaître que cette population est plus jeune que la moyenne des patients.

Tableau 2 : Répartition par âge des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents et du reste des patients de l'AP-HP en 2005

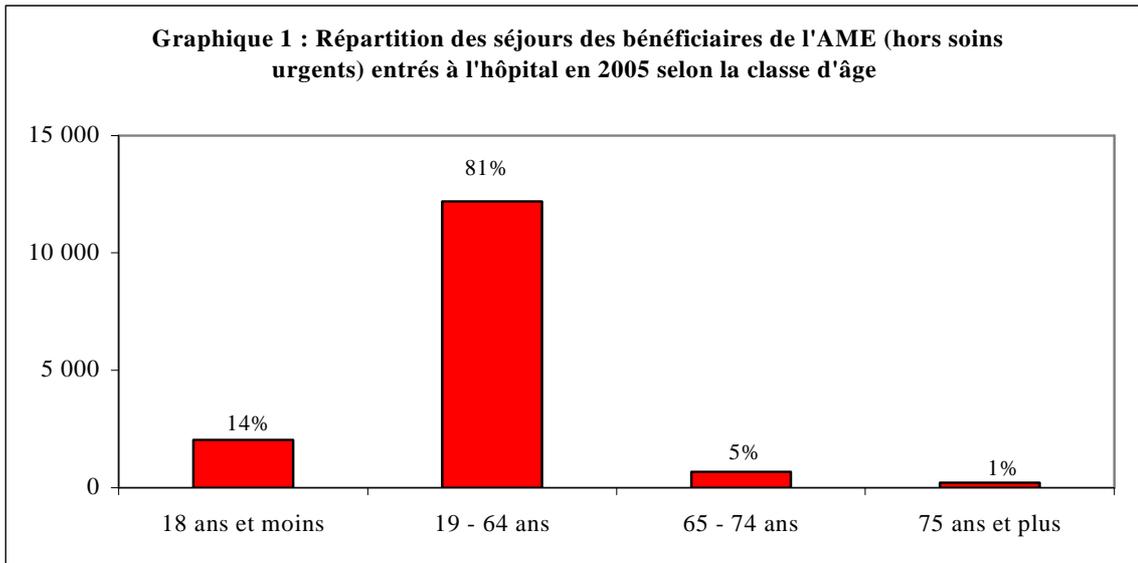
	Âge moyen (en années)	Part des 65 ans et plus	Part des 18 ans et moins
AME	33,1	6 %	14 %
Soins urgents	35,9	7 %	14 %
Autres	47,0	29 %	16 %

Source : AP-HP

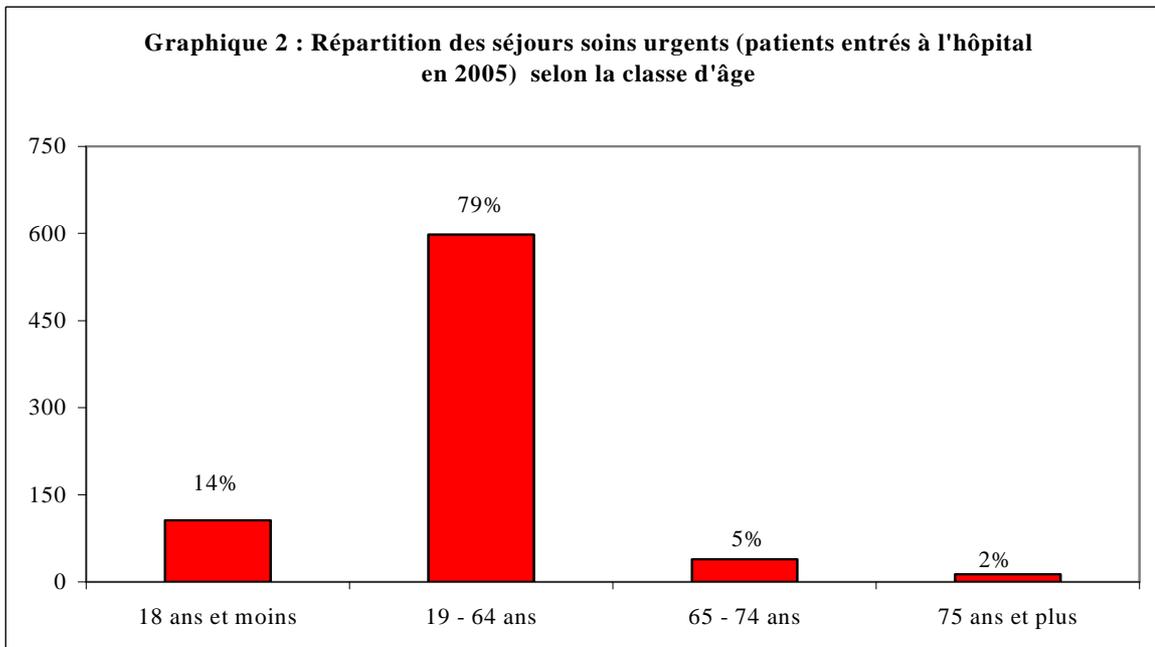
Ainsi, l'âge moyen des patients AME et soins urgents (respectivement 33,1 et 35,9 ans) est sensiblement moins élevé que pour la catégorie « autres » (47,0 ans). De même, la proportion des personnes de 65 ans et plus s'élève respectivement à 6 % et 7 % pour les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, soit une part quatre à cinq fois plus faible que pour les séjours « autres » (29 %).

Néanmoins, il n'existe pas de sur-représentation des enfants et adolescents : les proportions de patients de 18 ans et moins sont similaires dans les trois catégories (AME, soins urgents, autres). Puisque le nombre de patients AME et soins urgents de cette dernière catégorie ne fait pas baisser la moyenne d'âge, il y a donc **une part importante de jeunes adultes parmi les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents hospitalisés.**

Les histogrammes suivants confirment la faible proportion de personnes de plus de 65 ans et la part marginale des plus de 75 ans parmi les personnes admises au titre de l'AME ou des soins urgents.



Source : AP-HP



Source : AP-HP

2. La proportion de femmes hospitalisées parmi les patients AME ou soins urgents est plus importante que parmi les autres patients

On retrouve un pourcentage de séjours plus élevé chez les femmes pour ce qui concerne les bénéficiaires de l'AME (61,6 %) que pour les autres patients (52,0 %). Ce constat s'explique par la sur-représentation des grossesses et accouchements parmi les causes d'hospitalisation de l'ensemble des patients AME et soins urgents (cf. *infra*).

Tableau 3 : Répartition des séjours selon le sexe (données 2005)

	« Autres » séjours	AME	Soins urgents
Part de femmes dans les hospitalisations	52,0 %	61,6 %	53,6 %

Source : AP-HP

II. LES PATHOLOGIES DONT SOUFFRENT LES BENEFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS

A. L'analyse par catégories majeures de diagnostic fait ressortir quelques spécificités

Une analyse par CMD permet d'identifier les pathologies pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents sont sur-représentés par rapport à cette moyenne. Pour mémoire, les séjours AME représentent 2,9 % et les séjours soins urgents 0,1 % de l'ensemble des séjours de l'AP-HP (cf. *supra* tableau 1). Cette analyse amène à différencier les soins urgents de l'AME.

Ainsi, pour les soins urgents, la part relative des séjours varie peu pour la grande majorité des catégories, à quelques exceptions notables où elle est plus élevée : les maladies dues à une infection par le VIH (3,5 % en chirurgie et 0,8 % en médecine) et les séances et séjours de moins de deux jours en obstétrique (0,6 %).

Pour l'AME en revanche, les différences observées touchent des domaines variés :

- pour certaines CMD, il existe une sous-représentation notable des séjours AME : traumatismes et allergies, affections de l'appareil circulatoire, affections et traumatismes de l'appareil musculaire, affections du système nerveux et troubles mentaux. Ces différences mériteraient d'être étudiées plus en détail pour savoir si elles tiennent à des différences dues à la prévalence des problèmes de santé dans ces populations ou à des problèmes d'accès aux soins, notamment en ce qui concerne les troubles mentaux ;
- la part pour la CMD « maladies infectieuses et parasitaires » ne diffère pas sensiblement de celle de la population « autres », ce qui peut contredire l'approche intuitive sur cette population ;
- une sur-représentation des brûlures et des affections du sang peut également être notée, mais sur des effectifs peu importants ;
- les sur-représentations les plus importantes se concentrent sur les événements entourant l'accouchement⁴ et sur l'infection par le VIH.

⁴ Accouchements avec et sans complications, césarienne, affections de l'*antepartum* (précédant l'accouchement).

Tableau 4 : Principales CMD pour lesquelles la part relative de l'AME est sensiblement plus élevée que la moyenne générale (données 2005)

CMD	Discipline médico-tarifaire*	Nombre de séjours		Part relative	
		Non AME	AME	Non AME	AME
Affections de l'appareil génital féminin	C	6 761	433	93,9 %	6,0 %
	M	2 170	134	94,1 %	5,8 %
Grossesses pathologiques	O	36 553	4 083	89,6 %	10,0 %
Nouveaux-nés	M	2 469	122	95,1 %	4,7 %
Affections du sang et des organes	C	364	22	94,1 %	5,7 %
Brûlures	C	795	40	95,2 %	4,8 %
Séances et séjours de moins de deux jours	O	5 209	418	92,0 %	7,4 %
Maladies dues à une infection par le VIH	C	178	15	89,0 %	7,5 %
	M	2 978	177	93,6 %	5,6 %
Total		505 855	15 130	97,0 %	2,9 %

* C= Chirurgie, M= Médecine, O= Obstétrique

B. Les patients AME sont sur-représentés pour trois pathologies particulières : la tuberculose, le VIH et l'hépatite virale C

La mission a analysé les séjours sur trois diagnostics particuliers (tuberculose, VIH, hépatite virale C), pour lesquels l'hypothèse d'une prévalence accrue de ces pathologies parmi les bénéficiaires de l'AME méritait d'être explorée. L'analyse a porté sur les séjours identifiés mentionnant ce diagnostic, que ce soit en diagnostic principal ou en diagnostic associé⁵. Elle ne concerne que l'AME, excluant les soins urgents.

Les résultats, présentés dans le tableau 5, montrent **une part relative forte pour ces trois causes d'hospitalisation** : pour une proportion d'ensemble de 2,9 % des séjours, les patients AME représentent 13,4 % des séjours pour la tuberculose, 4,9 % pour le VIH et 4,1 % pour l'hépatite virale C. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour (DMS) est plus longue que pour les autres patients dans le cas de la tuberculose et du VIH mais pas pour l'hépatite virale C.

Tableau 5 : Analyse des séjours AME pour trois pathologies spécifiques

Pathologie	Nombre de séjours		Part des séjours avec AME ⁶	Durée moyenne de séjour	
	Avec AME*	Sans AME*		Séjours avec AME (en jours)	Séjours sans AME ⁷ (en jours)
Tuberculose	267	1 722	13,4 %	21,1	15,6
VIH	354	6 913	4,9 %	15,9	11,1
Hépatite virale C	200	4 641	4,1 %	7,0	8,5

Source : AP-HP

⁵ Le diagnostic est porté soit comme la cause principale du séjour, soit comme un élément associé à la cause principale de l'hospitalisation.

⁶ Ces données excluent les séjours des personnes de 65 ans et plus.

⁷ Idem.

III. LA GRAVITE DES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE

A. L'analyse des durées moyennes et médianes de séjours par CMD et GHM fournit une première indication de la gravité des pathologies

1. Analyse par CMD

En première analyse, les durées moyennes de séjours par CMD (cf. tableau 6 *infra*) sont sensiblement égales pour les séjours des bénéficiaires de l'AME et les patients « autres ». En revanche, les séjours des bénéficiaires des soins urgents sont près de deux fois plus longs que la moyenne.

Cependant, en standardisant la distribution de la population par groupes de pathologies et en fonction de l'âge, **on observe un allongement global de 15 % de la durée moyenne de séjour pour les bénéficiaires de l'AME.** Ce constat est accentué **pour les soins urgents, avec un allongement de plus de 60 %** (ratio standardisé de 1,61). Cette dernière différence est significative sur le plan statistique.

L'analyse par CMD des durées moyennes de séjour fait également apparaître des différences significatives sur le plan statistique (dans la plupart des cas sous forme d'allongement), principalement pour les soins urgents :

- pour les affections de l'appareil génital féminin, la durée moyenne de séjour standardisée des patients soins urgents est cinq fois plus importante que pour les séjours « autres » ;
- toutefois, la durée moyenne de séjour est significativement plus faible pour la prise en charge des nouveaux-nés et des maladies et troubles mentaux des patients soins urgents ;
- en ce qui concerne l'AME, la différence observée la plus importante concerne les maladies mentales, avec un allongement de plus de 60 % (ratio standardisé de 1,62).

L'analyse de la durée médiane de séjour permet d'affiner l'analyse. Elle montre que pour une majorité de CMD les séjours médians AME sont semblables aux séjours « autres », voire inférieurs pour plusieurs CMD, à l'exception notable de l'infection par le VIH.

Tableau 6 : Comparaison des durées moyennes et médianes de séjours pour les CMD pour lesquelles une différence significative a été mise en évidence (données 2005)

CMD	Discipline médico-tarifaire*	Durée moyenne de séjour (en jours)			Durée médiane de séjour (en jours)			Ratio standardisé de la durée de séjour			Test de significativité de la DMS	
		Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	AME	Soins urg.
Affections des oreilles, du nez, etc.	C	5,0	3,8	8,0	3	3	8	1,00	1,01	0,65	-	
Affections de l'appareil respiratoire	M	10,4	10,4	19,5	7	7	11	0,99	1,15	1,77		+
Affections de l'appareil circulatoire	C	14,9	13,3	28,9	10	11	22	1,00	0,98	1,46		+
	M	7,5	7,8	10,8	4	5	7	1,00	1,21	1,33		+

CMD	Discipline médico-tarifaire*	Durée moyenne de séjour (en jours)			Durée médiane de séjour (en jours)			Ratio standardisé de la durée de séjour			Test de significativité de la DMS	
		Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	AME	Soins urg.
Affections du tube digestif	C	10,4	7,7	24,6	6	3	12	1,00	1,16	1,95	-	
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	M	8,3	10,5	40,2	5	7	18	0,99	1,37	3,74	+	
Affections de la peau, des tissus, etc.	C	6,4	7,2	12,1	3	4	11	0,99	1,27	1,92		+
Affections du rein et des voies urinaires	M	7,7	7,5	10,9	4	4	10	1,00	1,15	1,30		+
Affections de l'appareil génital féminin	C	5,0	4,5	29,0	4	4	4,5	0,99	1,05	4,73	-	
Grossesses pathologiques	O	5,3	5,6	6,2	4	5	5	0,99	1,04	1,18	+	
Nouveaux-nés	M	13,4	13,8	6,0	7	8	5	1,00	1,02	0,67		-
Maladies et troubles mentaux	M	14,6	16,3	6,5	11	12	6,5	1,00	1,62	0,46		-
Séances et séjours de moins de deux jours	C	0,8	0,8	0,7	1	1	1	1,00	1,06	1,03	+	
	M	0,7	0,7	0,9	1	1	1	1,00	1,05	1,38		+
	O	0,6	0,6	0,8	1	1	1	1,00	1,03	1,25		+
Maladies dues à une infection par le VIH	M	15,8	22,9	32,8	10	14	25,5	0,97	1,33	2,09	+	+
Total		6,7	6,6	12,6				1,00	1,15	1,61		+

* C= Chirurgie, M= Médecine, O= Obstétrique

Enfin, il ressort d'entretiens de la mission avec des praticiens hospitaliers, confirmés par les différences entre durée moyenne de séjour et durée médiane, que **les durées moyennes de séjour peuvent être accrues par quelques séjours très longs**. Ces séjours peuvent correspondre à des cas graves ou à des difficultés à trouver des solutions à la sortie de l'hôpital pour les personnes concernées, notamment du fait de la difficulté à les envoyer dans des structures de moyen séjour et de l'absence de domicile décent pour certains⁸. Une analyse plus fine serait ainsi nécessaire pour préciser les déterminants de l'allongement des séjours.

⁸ Les interlocuteurs de la mission ont par exemple fait part d'un allongement de la durée de séjour de certaines patientes bénéficiant de l'AME sans domicile fixe qui viennent d'accoucher, du fait de la difficulté à trouver des structures d'hébergement pour ces mères et leur nouveau-né.

2. Analyse par GHM

Une étude plus fine des durées moyennes de séjours par GHM a été produite pour l'AP-HP. Elle montre des différences sensibles pour plusieurs diagnostics, dont l'analyse pourrait utilement être approfondie en fonction des effectifs présents dans chaque GHM. À titre d'exemple, **un allongement statistiquement significatif de la durée moyenne de séjour peut être relevé pour le GHM « Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans sans complications et morbidités associées », de plus de 30 % pour l'AME. Pour ce GHM, la part des patients AME représente par ailleurs 10 % de l'ensemble des séjours.**

B. L'analyse de la part de séjours avec complications et morbidités associées significatives confirme une gravité supérieure à la moyenne des pathologies pour les patients soins urgents mais pas pour les bénéficiaires de l'AME

Les données relatives à la part de séjours avec complications et morbidités associées (cf. tableau 7 *infra*) fournies par l'AP-HP montrent que **les séjours des bénéficiaires de l'AME présentent une part de facteurs de gravité comparable à celles des autres patients**, voire inférieure pour certaines CMD. Ce constat ne confirme pas l'hypothèse de pathologies plus graves, et donc d'un retard systématique aux soins, évoquée par plusieurs interlocuteurs de la mission.

En revanche, **la part des séjours de patients « soins urgents » avec complications et morbidités associées est globalement le double de celle des autres patients**, augmentation générale qui se retrouve dans un grand nombre de CMD. Cette donnée permet de confirmer que les soins prodigués au titre de cette procédure concernent des pathologies comportant des éléments de gravité particuliers, qui peuvent donc être manifestement considérés comme urgents.

Tableau 7 : Part des séjours 2005 avec complications et morbidités associées sur l'ensemble des séjours, par CMD

CMD	Autres patients	AME	Soins urgents
Affections du système nerveux	23,9 %	25,6 %	47,1 %
Affections de l'œil	8,8 %	11,0 %	100,0 %
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	12,9 %	5,4 %	33,3 %
Affections de l'appareil respiratoire	43,1 %	36,8 %	48,8 %
Affections de l'appareil circulatoire	44,5 %	49,3 %	80,0 %
Affections du tube digestif	26,3 %	18,1 %	42,9 %
Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	45,2 %	35,2 %	72,7 %
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	13,9 %	12,4 %	12,5 %
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	18,9 %	19,0 %	27,3 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	18,5 %	17,4 %	60,0 %
Affections du rein et des voies urinaires	25,0 %	21,2 %	51,9 %
Affections de l'appareil génital masculin	27,5 %	20,0 %	100,0 %
Affections de l'appareil génital féminin	7,6 %	6,7 %	0,0 %
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	23,8 %	17,9 %	50,0 %
Affections myélo-prolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	16,0 %	19,2 %	17,6 %
Maladies infectieuses et parasitaires	33,5 %	25,9 %	10,0 %
Maladies et troubles mentaux	31,8 %	30,8 %	0,0 %
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	40,7 %	66,7 %	0,0 %
Traumatismes, allergies et empoisonnements	25,3 %	17,0 %	50,0 %
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours services de santé	31,4 %	29,5 %	33,3 %
Total	25,5 %	22,0 %	45,7 %

Source : AP-HP

ANNEXE VI

LA GESTION ADMINISTRATIVE DES BENEFICIAIRES ET LA FACTURATION DE L'AME

SOMMAIRE

I. LES CPAM EXERCENT DES CONTROLES RIGoureux TANT AU MOMENT DE L'OUVERTURE DES DROITS QUE SUR LES FACTURES PRESENTEES AU TITRE DE L'AME.....	2
A. LA GESTION DES BENEFICIAIRES PAR LES CPAM	2
1. <i>Les contrôles effectués par les CPAM à l'ouverture et au renouvellement des droits permettent de n'attribuer l'AME qu'à des personnes qui y sont éligibles.....</i>	2
2. <i>Des marges d'amélioration demeurent dans la gestion exercée par les CPAM.....</i>	5
B. LES CONTROLES SUR LES PRESTATIONS DELIVREES AUX BENEFICIAIRES DE L'AME SONT LES MEMES QUE POUR LES ASSURES SOCIAUX	8
1. <i>Les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires apparaissent limitées.....</i>	8
2. <i>Les factures transmises font l'objet d'un contrôle systématique d'ouverture des droits à l'AME.....</i>	9
3. <i>Les prestations AME sont contrôlées par les CPAM au même titre que l'ensemble des prestations dans le cadre des plans de contrôles.....</i>	10
II. LES HOPITAUX ASSURENT LEUR ROLE EN MATIERE D'ACCES AU DROIT ET D'ACCES AUX SOINS DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR	11
A. LES HOPITAUX NE PEUVENT FAIRE SUPPORTER PAR L'AME LES DEPENSES D'ETRANGERS QUI N'Y SONT PAS ELIGIBLES	11
1. <i>Les étrangers non éligibles à l'AME sont soit assurés sociaux soit font l'objet de l'émission d'un titre individuel</i>	11
2. <i>Les hôpitaux aident à la constitution des dossiers mais les CPAM ont le monopole de l'ouverture des droits</i>	12
B. LE CIRCUIT DE FACTURATION DE L'AME NE PERMET PAS DE DOUBLE COMPTE A L'HOPITAL	14
1. <i>Les règles comptables garantissaient l'absence de double facturation dans le cadre de la dotation globale</i>	14
2. <i>Les procédures mises en œuvre dans le cadre de la tarification à l'activité garantissent l'absence de double facturation</i>	15
3. <i>Les séjours AME sont facturés au tarif journalier de prestation</i>	17

INTRODUCTION

Conformément aux objectifs fixés lors du lancement de l'audit, la mission a porté une attention particulière à la gestion administrative des bénéficiaires et à la facturation des prestations délivrées, et, sur ces deux aspects, aux contrôles exercés et à la fiabilité des procédures suivies :

- **L'analyse de la gestion des bénéficiaires** a consisté à identifier le rôle de chaque acteur (CPAM, CCAS, associations, établissements de santé), les conditions d'ouverture des droits (vérification des pièces justificatives), de renouvellement, de délivrance des attestations et de traitement des fichiers ;
- **L'analyse de la facturation** a consisté à suivre les modalités de facturation (télétransmission ou papier) par les médecins libéraux, les officines et les établissements de santé et les contrôles effectués par les CPAM sur les factures présentées.

Les établissements de santé représentant 69 % de la dépense payée par la CNAMTS au titre de l'AME (88 % à des établissements publics), l'enjeu de la sécurisation de la procédure d'ouverture des droits et de facturation se pose avec d'autant plus d'acuité :

- en premier lieu, une certaine proportion des patients bénéficiaires de l'AME (l'évaluation de ce nombre n'a pu être produite par les établissements de santé visités) **est accueillie à l'hôpital sans droit ouvert**. La mission s'est donc intéressée au partage des responsabilités entre les services des hôpitaux et les services des CPAM pour l'instruction des demandes d'AME ;
- par ailleurs, **deux circuits distincts de facturation vers la CNAMTS** existent avec, d'une part, la facturation des soins pris en charge par l'État au titre de l'AME et d'autre part, la facturation des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ce double circuit de facturation adressé au même opérateur, a pu éveiller des doutes sur la présence d'une double facturation.

La mission s'est rendue dans cinq hôpitaux :

- Charles Nicolle à Rouen ;
- Avicenne à Bobigny ;
- Lariboisière-Fernand Widal à Paris ;
- La Pitié-Salpêtrière à Paris ;
- La Conception à Marseille.

I. LES CPAM EXERCENT DES CONTROLES RIGoureux TANT AU MOMENT DE L'OUVERTURE DES DROITS QUE SUR LES FACTURES PRESENTEES AU TITRE DE L'AME

A. La gestion des bénéficiaires par les CPAM

1. Les contrôles effectués par les CPAM à l'ouverture et au renouvellement des droits permettent de n'attribuer l'AME qu'à des personnes qui y sont éligibles

a) Les CPAM appliquent rigoureusement les procédures de vérification de l'éligibilité des demandeurs

Lors de l'instruction des droits, les CPAM procèdent à des contrôles rigoureux conformes aux obligations législatives et réglementaires. Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale d'État **établit une liste précise de pièces justificatives** permettant la vérification, d'une part, de l'identité du demandeur et, d'autre part, de la stabilité de sa résidence en France :

- pour la vérification de l'identité, sont par exemple acceptés le passeport, la carte nationale d'identité, un extrait d'acte de naissance traduit, un livret de famille traduit, une copie d'un titre de séjour antérieurement détenu, *etc.* ;
- pour la vérification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire, est principalement accepté le visa ou le tampon comportant la date d'entrée en France figurant sur le passeport ou, mais seulement à défaut, une quittance de loyer, une facture d'électricité, des documents fiscaux, une attestation d'hébergement établie par un CHRS, *etc.*

La mission a pu constater¹ que **ces pièces justificatives sont effectivement exigées par les personnels d'accueil des CPAM** qui demandent d'ailleurs à voir les documents originaux et refusent les photocopies présentées à l'appui de la demande. Les CPAM n'acceptent donc plus les déclarations sur l'honneur comme cela était le cas avant la LFR 2003.

Seules les ressources font encore l'objet de déclarations sur l'honneur². Cette exception à une politique de vérification étendue des critères d'éligibilité s'explique par le caractère difficilement vérifiable de ressources issues principalement du travail illégal (d'où une impossibilité de croisement de données avec les services fiscaux notamment). Les CPAM rencontrées refusent cependant les déclarations sur l'honneur des bénéficiaires attestant une absence totale de ressources.

¹ Pour la Guadeloupe, la mission s'est fondée sur un rapport d'inspection « sur la mise en place de la CMU et de l'AME sur la commune de Saint-Martin » établi en 2005 par la DSDES.

² Le décret du 28 juillet 2005 prévoit « pour la justification des ressources et, le cas échéant, de celles des personnes à charge, y compris les ressources venant d'un pays étranger, un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrées ».

Le formulaire *Cerfa* n°50 741*3 de demande d'AME prévoit, pour l'étude des ressources, la vérification du versement éventuel d'indemnités journalières, d'allocations familiales, et d'allocations chômage. Étant donné que le versement de ces prestations est conditionné à une résidence stable et régulière sur le territoire français, ces vérifications ne peuvent valoir qu'en cas de basculement dans l'irrégularité dans le cours de l'année. Par ailleurs, les demandeurs d'AME peuvent avoir basculé dans l'irrégularité et ne pas en avoir informé leur employeur ; ils continuent alors à recevoir leur salaire même si les services des CPAM ont quant à eux repéré le changement.

L'évaluation des ressources demeure principalement dépendante des déclarations de bénéficiaires et de la vigilance des personnels d'accueil. **La mission a pu constater l'existence de modèles d'évaluation des ressources variables selon les CPAM, parfois très élaborés** sans que les gains d'une telle évaluation apparaissent clairement en termes de barrière à l'accès au droit à l'AME de personnes irrégulières dont les revenus pourraient être au dessus du seuil fixé.

b) La séparation entre constitution des dossiers et décision d'attribution de l'attestation permet d'assurer un double contrôle à l'ouverture des droits

Les CPAM ont le monopole de l'instruction et de l'attribution de l'AME. Ainsi, l'instruction de la demande doit être distinguée de la constitution du dossier et la loi (article L. 252-1 du Code de l'action sociale et des familles) prévoit que le dossier de demande peut être déposé auprès :

- d'un organisme d'assurance maladie ;
- d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ;
- des services sanitaires et sociaux du département de résidence ;
- des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'État dans le département.

Ni les associations, ni les CCAS, ni les hôpitaux n'interviennent dans l'instruction des dossiers : leur rôle est limité à l'aide à la constitution de ceux-ci, et, éventuellement, pour les associations et les CCAS, à la domiciliation. Depuis la création de l'AME par la loi de 1999, le nombre de CCAS acceptant d'aider à la constitution des dossiers a fortement diminué. Les demandeurs de l'AME déposent principalement leurs dossiers dans les accueils des CPAM, les hôpitaux et les associations agréées. Les relations entre les CPAM et ces acteurs sont variables selon le choix d'organisation des CPAM en matière d'accueil et de traitement des dossiers. À titre d'exemple, la CPAM de Paris exige de rencontrer le demandeur et met en place des permanences dans les hôpitaux et les associations ; la CPAM de Marseille en organise dans les associations et les contacts informels entre le pôle social de la CPAM, les associations et les hôpitaux semblent nombreux au moment de la constitution des dossiers.

Par ailleurs, le principe général de la séparation entre instruction et attribution est appliqué dans toutes les CPAM visitées : les personnels d'accueil des CPAM aident à la constitution des dossiers mais ne décident pas de l'attribution des attestations. Ainsi à Paris, le personnel d'accueil délivre simplement une attestation de dépôt de la demande assortie d'un numéro provisoire d'immatriculation qui sera confirmé par le service de traitement des demandes en cas d'attribution de l'AME.

Le traitement des dossiers de demandes peut être centralisé (Paris, Lille) ou décentralisé dans l'ensemble des unités de gestion des CPAM (Marseille, Bobigny, Rouen). Dans tous les cas, c'est un service différent du service d'accueil qui traite le dossier, vérifie s'il est complet et décide de l'attribution de l'attestation AME. Celle-ci peut être remise en main propre ou envoyée au domicile du demandeur (le cas échéant à la CCAS ou l'association où le demandeur a élu domicile).

c) L'examen des motifs de refus fait apparaître la réalité du contrôle de résidence

Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 prévoit que **la CNAMTS doit communiquer chaque trimestre le nombre de décisions d'admission et de rejets prononcés**. Elle n'est pas encore en mesure d'indiquer le taux de refus qui en découle. Les caisses visitées par la mission ont cependant instauré le comptage de ces refus. Ainsi, à Paris, le taux de refus s'élève à 1,42 % sur l'année 2005, à Marseille, il est de 5,4 %³, et à Bobigny, de 1,75 %⁴.

Les taux de refus relativement bas peuvent s'expliquer par la connaissance du dispositif que peuvent en avoir les étrangers en situation irrégulière, ceux qui ne rempliraient pas les conditions d'éligibilité renonçant spontanément à se présenter. Les modalités d'organisation des CPAM peuvent ainsi jouer un rôle : à Rouen par exemple, les agents d'accueil peuvent d'emblée expliquer au demandeur les conditions d'ouverture des droits (résidence ininterrompue de plus de trois mois, plafond de ressources, etc.), orienter les demandeurs qui peuvent en conséquence renoncer à constituer un dossier et déposer une demande. En Guadeloupe, le taux de refus s'élève à 2,5 % mais il apparaît qu'un certain nombre de demandeurs renonce à se manifester quand la Caisse générale de sécurité sociale demande des justificatifs complémentaires à l'appui du dossier.

De manière générale, **les difficultés de domiciliation** (cf. rapport de synthèse § III, A, 1) sont susceptibles de faire renoncer certains étrangers en situation irrégulière à l'engagement d'une démarche d'ouverture des droits.

Les motifs de refus ne font pas l'objet d'un recensement exhaustif dans les CPAM visitées, hormis à Paris où la CPAM a créé une base recensant les rejets de demande d'AME (la base RAME), afin d'éviter qu'une personne s'étant vue refuser l'AME dans un guichet se présente à un autre avec des papiers et déclarations de ressources différents. Cette base permet de recenser les motifs de refus présentés dans le tableau suivant.

Motifs de rejet de demande d'AME à Paris en 2005

Motif	Nombre	Part du total
Absence de justificatif de domicile ou d'élection de domicile auprès d'un organisme agréé	15	1,02 %
Absence d'éléments justificatifs d'identité	35	2,38 %
Absence d'éléments justificatifs de ressources et non présentation d'une déclaration sur l'honneur	24	1,63 %
Ressources du foyer supérieures au plafond d'admission	361	24,56 %
Soins dispensés plus d'un mois avant la date de dépôt de la demande de l'Aide Médicale de l'État	104	7,07 %
Conditions de résidence non remplies : séjour en France depuis moins de trois mois	492	33,47 %
Conditions de résidence non remplies : séjour temporaire en France	278	18,91 %
Séjour en France depuis moins de trois mois à la date du dépôt du dossier	115	7,82 %
<i>Sous-total conditions de résidence</i>	885	60,20 %
Divergence portant sur le montant des ressources déclarées précédemment pour une même période	8	0,54 %
Divergence de signature entre la pièce d'identité et la demande d'AME	9	0,61 %

³ Marseille : sur la période de juillet 2006 à octobre 2006 (les refus n'était pas comptabilisés avant cette période).

⁴ Bobigny : donnée calculée pour la période allant du 1^{er} janvier au 11 novembre 2006.

Motif	Nombre	Part du total
La régularité du séjour sur le territoire français est justifiée	6	0,41 %
Absence de justificatif permettant d'établir la durée de résidence sur le territoire français	23	1,56 %
Total	1 470	100,00 %

Source : CPAM Paris (exploitation de la base RAME)

Ainsi, 60 % des refus tiennent aux conditions de résidence stable depuis plus de trois mois non remplies. Les contrôles exercés à l'ouverture des droits permettent en conséquence de ne pas attribuer l'AME à des personnes qui ne résideraient pas de manière stable sur le territoire français. Elle peut avoir des conséquences importantes dans le cas de la Guadeloupe où la Direction de la santé et du développement social (DSDS) signale qu'une majorité d'immigrants n'a aucun papier permettant d'attester de la date d'entrée sur le territoire.

Les contrôles d'identité permettent par ailleurs de vérifier que la personne n'est pas régulière sur le territoire français, la régularité sans stabilité de résidence impliquant que le demandeur doit payer intégralement les frais engagés en France pour se faire soigner (cf. *infra* § II, A, 1).

Les critères d'éligibilité vérifiés rigoureusement par les CPAM peuvent **apparaître dissuasifs pour des personnes souhaitant venir en France exclusivement pour bénéficier de soins gratuits**. Elle n'exclut cependant pas les fraudes à l'identité (c'est-à-dire la falsification de documents d'identité), qui peuvent également toucher les procédures d'affiliation à la sécurité sociale. Les contrôles mis en œuvre dans le cadre de la maîtrise du risque visent à limiter ce type de fraude (cf. *infra*).

Au total, l'ajout de nouvelles conditions d'éligibilité à l'AME ne diminuerait pas les risques de fraude déjà existants mais emporterait le risque d'exclure de l'accès aux soins des personnes résident sur le territoire français et nécessitant véritablement des soins.

2. Des marges d'amélioration demeurent dans la gestion exercée par les CPAM

a) La procédure d'immatriculation est variable selon les caisses

L'attribution de l'AME donne lieu à immatriculation des bénéficiaires sur le modèle de l'immatriculation des assurés sociaux : ils se voient attribuer un numéro à 13 chiffres dont l'architecture ressemble à celle du numéro NIR attribué par l'INSEE ou par le Service administratif national d'immatriculation des assurés nés hors métropole et dans les territoires d'Outre-Mer (SANDIA - par délégation de l'INSEE). **Ces numéros d'immatriculation, identiques dans leur architecture (13 chiffres), ne sont pas élaborés selon une méthode uniformisée au plan national.**

Les CPAM de Marseille et de Paris procèdent à l'attribution d'un numéro national provisoire comme dans le cas d'une première immatriculation d'une personne régulière sur le territoire français. Celui-ci sera cependant, dans le cas des bénéficiaires de l'AME, un numéro définitif : il commence par un 7 ou un 8 indiquant le sexe du bénéficiaire, suivi d'un 0, du numéro d'identification de la caisse (131 pour Marseille par exemple), du numéro de l'année (6 pour 2006) et d'un numéro d'ordre (remis à zéro au début de chaque année) de 7 chiffres, ce numéro d'immatriculation est assorti d'une clef.

La mission a cependant eu connaissance de modalités différentes de constitution de ces numéros dans d'autres caisses, comme à Bobigny : dans cette caisse, le numéro commence aussi par un 7 ou un 8 indiquant le sexe du bénéficiaire, mais il se poursuit par le numéro 301, le 93 (indicatif du département), le numéro de l'année en cours (7 pour 2007) et enfin un numéro d'ordre ; il est également assorti d'une clef.

Certains bénéficiaires de l'AME se voient attribuer un NIR. Pour les CPAM de Rouen et Lille, c'est un numéro NIR qui est attribué par le SANDIA, quand cela s'avère possible (une pièce justificative prouvant la filiation doit être fournie à l'appui de la demande). Enfin, dans les caisses primaires d'assurance maladie visitées par la mission, un assuré social basculant dans l'irrégularité et, en conséquence, à l'AME, garde le numéro NIR qui lui avait été attribué.

Ces différences dans les modalités d'immatriculation rendent difficile la gestion et le suivi des bénéficiaires, notamment dans le cas d'une mobilité entre caisses ou d'une inscription dans plusieurs caisses.

La spécificité du numéro attribué n'empêche par l'inscription des bénéficiaires dans la base de données opérantes (BDO) de l'assurance maladie. Celle-ci contient la durée d'ouverture des droits et la mise à jour des données est similaire à celle effectuée pour les assurés sociaux : les bénéficiaires de l'AME inscrits dans la BDO sont effacés dans le cas d'absence de prestations pendant 27 mois.

b) Des contrôles demeurent nécessaires au moment du renouvellement des droits

Les contrôles en matière de renouvellement pourraient être améliorés. L'AME est valable pour un an renouvelable. Les CPAM peuvent traiter la demande de renouvellement dans l'intervalle d'un mois après l'expiration des droits à l'AME pour l'année qui précède. À l'issue de ce mois, les demandes de renouvellement sont traitées comme des nouvelles demandes.

En cas de renouvellement, les décrets ne prévoient pas que les services des CPAM vérifient à nouveau l'ensemble des pièces justificatives demandées lors de l'ouverture des droits. La circulaire précise qu'il n'y a pas lieu de demander à nouveau au bénéficiaire de justifier de son identité et **la demande de renouvellement vaut présomption de résidence interrompue sur le territoire français**. Seul le niveau de ressources est à nouveau vérifié, avec les difficultés évoquées *supra*.

Les personnels d'accueil peuvent repérer, à l'occasion des renouvellements, les allers-retours vers la France opérés dans le seul objectif d'accéder aux soins grâce à l'attestation AME. C'est en effet au moment du renouvellement des droits que l'absence de résidence continue, critère d'attribution à l'AME, peut être à nouveau vérifiée notamment par la vérification du passeport. Les interlocuteurs de la mission n'ont cependant pas signalé que cette pratique était très répandue.

Cependant, un contrôle systématique de la condition de résidence ininterrompue au moment du renouvellement permettrait de lever les éventuelles suspicions de fraude ou d'abus.

c) La mutualisation et l'uniformisation des pratiques en cours mériteraient d'être poursuivies

Les pratiques des CPAM sont conformes à la réglementation en vigueur. Cependant, il ressort des visites de la mission que certaines pratiques des CPAM pourraient être harmonisées pour mieux sécuriser le dispositif, notamment dans les départements ou régions rassemblant un grand nombre de bénéficiaires :

- **l'attribution de duplicata** est plus ou moins contrôlée selon les CPAM. Or la circulation de duplicata permet la facturation aux CPAM sans que, à moins d'une consommation anormale de médicaments ou prestation, la fraude soit repérée dans le cadre des contrôles a posteriori de type « méga-consommant » (cf. *infra*) ;
- **l'attestation n'est sécurisée**, c'est-à-dire délivrée sur papier non-photocopiable, qu'à Paris (parmi les caisses visitées par la mission) alors que la circulation de plusieurs attestations photocopiees permet le partage de celle-ci avec des personnes non éligibles, et accentue les risques de fraude ;
- **l'évaluation des ressources** peut être plus ou moins élaborée sans que le raffinement des calculs ne permette véritablement d'exclure de l'AME des personnes dépassant largement le plafond de ressources ;
- **les modalités de recensement des refus d'AME** ne sont pas harmonisées sur le territoire alors qu'une meilleure connaissance des motifs de refus permettrait de vérifier l'effectivité des contrôles à l'ouverture des droits et la pertinence de ces derniers ;
- **l'hétérogénéité des modalités d'immatriculation** selon les CPAM nuit au suivi des bénéficiaires de l'AME ;

Des initiatives du gestionnaire, locales ou nationales, répondent en partie à ce besoin d'harmonisation des pratiques :

- la CPAM de Lille⁵ a signalé l'existence de réunions d'harmonisation des pratiques relatives à l'AME entre les trois principales caisses du département du Nord en termes de nombre de bénéficiaires d'AME (les CPAM de Lille, de Tourcoing et de Roubaix) ;
- à l'occasion de l'élaboration de l'arrêté statistique prévu par le décret du 28 juillet 2005, la CNAMTS a créé, en avril 2006, un groupe de travail interne réunissant mensuellement la CNAMTS et les CPAM de la région parisienne : Paris, Bobigny, Nanterre, Créteil et Versailles.

Le groupe de travail national devrait aboutir à des propositions d'amélioration de la gestion du dispositif. Certaines pistes ont déjà été identifiées. Ainsi, l'immatriculation pourrait être harmonisée pour les caisses de la région parisienne : il s'agirait d'assurer que les caisses de la région parisienne vérifient systématiquement l'existence d'une immatriculation NIR et éventuellement le rattachement de la personne à une autre CPAM ; en l'absence de numéro NIR, elles attribueraient un numéro national provisoire comme c'est déjà le cas à Paris.

⁵ La CPAM de Lille n'a pas été visitée par la mission qui a cependant eu quelques échanges téléphoniques avec les services (cf. annexe II).

Dans l'objectif de sécurisation de la procédure d'attribution de l'AME, l'élaboration d'un « *plan de maîtrise socle* » relatif à l'AME est envisagé courant 2007. Les plans de maîtrise socle indiquent les principaux risques identifiés d'une procédure, les moyens de maîtriser ces risques, les contrôles minimaux auxquels les caisses doivent procéder et fixent des objectifs chiffrés ; les plans de maîtrise socle sont expérimentés avant généralisation. Pour l'AME, la mise en œuvre dans les meilleurs délais d'un plan de contrôle national renforcerait l'encadrement de la procédure.

À Paris, des contrôles qualité réalisés périodiquement sur un échantillon de dossiers AME permettent d'identifier certaines des difficultés rencontrées par les CPAM dans l'instruction des demandes et les risques de fraude. Ces contrôles, réalisés par une équipe incluant des personnels d'accueil, permettent d'uniformiser les pratiques d'instruction entre les lieux d'accueil.

B. Les contrôles sur les prestations délivrées aux bénéficiaires de l'AME sont les mêmes que pour les assurés sociaux

1. Les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires apparaissent limitées

Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent avoir accès à des prestations en espèces⁶, l'AME consistant en une prestation en nature permettant l'accès aux soins.

La mission a pu constater des cas, rares, de remboursement en espèces directement aux bénéficiaires au lieu du remboursement au praticien comme cela doit être fait en vertu de l'application du principe de la dispense d'avance de frais (cf. rapport de synthèse § I, A, 1). Il arrive en effet que le médecin ou le pharmacien refuse de prendre en compte l'attestation et demande le paiement de la consultation ou des médicaments. La CPAM de Paris, consciente des risques de fraude (de la part du praticien ou du bénéficiaire), procède alors à de nombreuses vérifications, rappelle notamment systématiquement le praticien concerné et procède à ces remboursements en espèce de manière très limitée.

En dehors des cas de fausses déclarations et de falsification des papiers permettant l'accès à l'AME, **les cas principaux de fraude potentielle identifiés par la mission consisteraient au partage ou à la falsification d'une attestation, et au trafic de médicament⁷**.

Le trafic de médicaments apparaît impossible dans le cas de délivrance de médicaments à l'hôpital étant donné les diligences accomplies par les pharmaciens des hôpitaux pour vérifier que les médicaments délivrés correspondent à un besoin du patient et à une prescription. En revanche, un bénéficiaire peut présenter l'attestation dans plusieurs officines mais cela implique de falsifier l'ordonnance. En tout état de cause, une telle démarche peut être limitée par la réticence des pharmaciens à l'égard de ces attestations considérées comme peu sécurisées et peu fiables. Les contrôles mis en œuvre *a posteriori* par les CPAM dans le cadre de leurs plans de contrôle visent à repérer ce type de fraude (cf. *infra*).

⁶ Les indemnités journalières notamment.

⁷ Les données recueillies à Marseille et à Paris par la mission, après retraitement des dossiers, indiquent que les fraudes repérées concernaient bien, d'une part, des fraudes visant à permettre l'éligibilité à l'AME et repérées par les personnels décidant de l'attribution de la prestation, et, d'autre part, des fraudes relatives au trafic de médicament.

Le partage ou la falsification de l'attestation peut viser à faire accéder à l'AME des personnes éligibles à l'AME mais hésitantes à engager la procédure d'ouverture des droits ou des personnes qui n'y sont pas éligibles : ressources supérieures au plafond, condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France non remplie, personne venue pour un court séjour régulier en France qui souhaiterait bénéficier de la prise en charge de ses soins par l'État.

La pratique du partage de l'attestation, difficilement quantifiable, peut être repérée au moment des soins par les hôpitaux quand les données médicales du patient ne correspondent pas aux données dont dispose déjà l'hôpital suite à une consultation antérieure. En cas de falsification de l'attestation (sur laquelle figure le numéro d'immatriculation du bénéficiaire), les contrôles effectués sur les factures entraînent le non remboursement par les CPAM des frais engagés par les praticiens et établissements de santé.

2. Les factures transmises font l'objet d'un contrôle systématique d'ouverture des droits à l'AME

Les CPAM vérifient l'ouverture des droits pour toutes les factures transmises pour remboursement au titre de l'AME : elles vérifient la présence du bénéficiaire dans la BDO. Cette dernière comprend notamment des indications sur le nom, la date de naissance, les dates d'ouverture et d'expiration des droits. La facture est rejetée si un des éléments ne correspond pas aux données inscrites dans la BDO.

Les médecins libéraux rencontrés signalent des difficultés de remboursement (non remboursement par la CPAM, remboursements très tardifs) **sans pour autant pouvoir les quantifier**. Les feuilles de soin AME sur papier sont traitées dans le flux de l'ensemble des feuilles de soin sur papier reçues par les CPAM.

La CNAMTS a, à la demande de la mission, lancé une enquête sur les délais de remboursement et les rejets de factures pour l'AME⁸. Les premiers résultats montrent que les délais de remboursement des médecins sont de moins de 7 jours dans 90 % des cas pour l'AME alors qu'ils sont de moins de 14 jours dans 90 % des cas pour l'ensemble des tiers-payants. **Les remboursements ne sont donc pas plus tardifs dans le cas de soins dispensés à des bénéficiaires de l'AME.**

En revanche, le taux de rejet brut de feuilles de soins AME est de 12,4 % contre 8,7 % pour les feuilles de soin sur papier de l'ensemble des assurés. Ce taux ne signifie pas que l'ensemble des feuilles de soin est retourné vers les médecins, dans la mesure où une partie des rejets fait l'objet d'un retraitement par les CPAM. Le taux de retour vers les médecins peut être estimé à 5 ou 6 % du flux.

Les taux de rejets semblent être du même ordre de grandeur pour les hôpitaux qui télé-transmettent leurs factures: à l'hôpital Lariboisière, ce taux s'élève ainsi à 5,4 % pour les frais de séjour et 4,9 % pour les traitements externes contre 8,5 % et 6,6 % pour l'ensemble de l'AP-HP.

⁸ Etude sur les CPAM de Nice, Marseille, Paris, Melun, Evry, Nanterre, Créteil et Versailles représentant 105 195 bénéficiaires au 31 décembre 2005 soit 59 % du nombre de bénéficiaires AME France entière (64 % du seul territoire métropolitain) et 80 % des affiliés à la CMU au 31 décembre 2006.

Les facteurs de rejets peuvent être très variés. Certains rejets sont dus à la difficulté à orthographier le nom ou à la non concordance de dates de naissance (certes relativement proches mais non identiques). Par ailleurs, des demandeurs en rupture de droit (non renouvellement des attestations) peuvent voir leur attestation acceptée par les praticiens qui risquent alors de ne pas être remboursés. Enfin, certaines anomalies techniques en cas de télétransmission par les hôpitaux et les médecins ont pu accroître les rejets : la CPAM de Marseille a ainsi déconseillé aux médecins de ville de procéder par le biais de la télétransmission dite « en mode dégradé », c'est-à-dire la télétransmission des données du patient saisies directement par le médecin sur son terminal en l'absence de carte Vitale.

Dans le cas où la facture est effectivement renvoyée vers les professionnels de santé (hôpital, médecin de ville, officine pharmaceutique), il appartient à ces derniers de préciser les éléments d'identification du bénéficiaire afin d'être remboursés. Une copie des attestations AME est conservée par les hôpitaux afin de corriger les potentielles erreurs commises lors de la facturation. Les médecins libéraux peuvent rencontrer d'importantes difficultés à compléter les éléments d'identification d'un patient qu'ils ne sont pas forcément appelés à revoir.

Au final, **les contrôles d'ouverture des droits au moment de la transmission des factures permettent aux CPAM de ne pas rembourser des soins obtenus par falsification des attestations.** La falsification des attestations entraîne donc des créances irrécouvrables pour les hôpitaux, les médecins et pharmaciens mais ne pèse pas sur la dépense facturée par la CNAMTS à l'État.

3. Les prestations AME sont contrôlées par les CPAM au même titre que l'ensemble des prestations dans le cadre des plans de contrôles

L'AME est contrôlée dans le cadre du plan national annuel de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude. La détection des fraudes intervient par les requêtes informatiques ou des plaintes et signalements. Les contrôles qui en résultent peuvent concerner les assurés ou les bénéficiaires de l'AME ainsi que les professionnels de santé (établissements de soins et médico-sociaux, transporteurs, etc.).

L'AME n'est pas exclue des requêtes informatiques portant sur les bases informationnelles comme le système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM). **Les comportements anormaux** de praticiens, d'établissements ou de bénéficiaires **en matière d'AME peuvent donc être repérés, contrôlés** et donner lieu à des poursuites contentieuses⁹. Notamment, le plan de contrôle 2006 inclut **un contrôle des « méga-consomphants »**, c'est-à-dire, un contrôle des consommations excessives de médicaments, produits ou prestations par certains assurés ou bénéficiaires. Dans le cas où une consommation atypique révélerait, après vérification, une activité frauduleuse, les CPAM engageraient les poursuites nécessaires. Le trafic de médicaments, le nomadisme médical et pharmaceutique notamment peuvent donc être repérés dans le cadre de ces requêtes.

⁹ Circulaire de la CNAMTS n° 30/2006 du 20 juin 2006 sur le rappel des notions de fraudes, fautes, abus, activités dangereuses, répression et prévention des fraudes : les requêtes informatiques « *cherchent à repérer des comportements ou des activités suspects de fraudes avec une forte probabilité en comparaison avec des comportements ou des activités de la population générale des acteurs analysés* ».

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas traités « à part » dans le cadre des requêtes informatiques prévues et les poursuites potentielles qui s'ensuivent. Il n'y a jusqu'à présent pas eu d'évaluation du nombre de comportements frauduleux de bénéficiaires de l'AME repérés et du préjudice qui serait exclusivement dû à l'AME ; ces deux données n'étant pas corrélées : une seule fraude pouvant être à l'origine d'un préjudice d'un montant important. La fraude à l'AME fera l'objet de développements dans la synthèse annuelle relative à la fraude que doit remettre la CNAMTS au ministre de la santé et des solidarités en application de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005¹⁰ et de l'arrêté du 16 juin 2006 qui en fixe le contenu et le calendrier. **Cette évaluation permettra de rapporter le montant du préjudice évalué de la fraude à l'AME au montant total de la fraude à l'assurance maladie obligatoire.**

En revanche, **le contrôle médical¹¹ n'est pas mis en œuvre pour les bénéficiaires de l'AME** bien qu'il soit prévu dans le cadre des soins urgents par une circulaire. Sa mise en œuvre aurait une portée moindre que pour les assurés sociaux dans la mesure où les bénéficiaires de l'AME ne reçoivent que des prestations en nature. Cependant, le principe d'un contrôle ne devrait pas être écarté, notamment pour les dépenses importantes (dans le cadre des contrôles des « gros consommateurs ») aussi bien au titre de l'AME que des soins urgents.

II. LES HOPITAUX ASSURENT LEUR ROLE EN MATIERE D'ACCES AU DROIT ET D'ACCES AUX SOINS DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

A. Les hôpitaux ne peuvent faire supporter par l'AME les dépenses d'étrangers qui n'y sont pas éligibles

1. Les étrangers non éligibles à l'AME sont soit assurés sociaux soit font l'objet de l'émission d'un titre individuel

L'AME permet la prise en charge des dépenses des hôpitaux pour les seules personnes irrégulières sur le territoire français remplissant notamment une condition de résidence stable ; les étrangers irréguliers ne remplissant pas les conditions d'éligibilité à l'AME sont soignés dans le cadre des soins urgents (cf. annexe VII).

Dans le cas des étrangers réguliers sur le territoire français, les règles appliquées par les hôpitaux français en matière de facturation et de recouvrement dépendent de la durée de résidence en France : ceux qui y résident de façon stable et régulière et répondent aux conditions d'affiliation à un régime de sécurité sociale obligatoire ou à la CMU ne font pas l'objet de règles d'admission et de recouvrement spécifiques par rapport aux assurés français.

Parmi les étrangers réguliers ne résidant pas de manière stable en France et ne bénéficiant pas d'une couverture sociale française, les débiteurs originaires de l'Union européenne et bénéficiant d'une couverture dans leur pays d'origine peuvent être pris en charge en urgence ou dans le cadre d'une hospitalisation programmée dans les mêmes conditions que les assurés sociaux¹².

¹⁰ Article L. 114-9 du Code de la sécurité sociale.

¹¹ Article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale.

¹² Ils doivent être munis d'un formulaire E 111 ou de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et la présenter lors de leur admission. À défaut, ils entrent dans le droit commun des étrangers non résidents et paient la totalité des frais engagés.

Pour les autres étrangers réguliers au regard des règles du droit au séjour mais non résidents, le principe est le règlement intégral des frais par le patient. Les conditions de prise en charge varient selon qu'il est en hospitalisation programmée ou dans le cadre d'une prise en charge d'urgence :

- dans le cas des hospitalisations d'urgence, la loi¹³ impose à tout étranger entrant régulièrement sur le territoire d'être couvert par une assurance privée prenant en charge les dépenses médicales et hospitalières¹⁴. Il appartient aux services consulaires, dans les cas où un visa est nécessaire pour entrer en France, de vérifier l'existence et la fiabilité de cette assurance. Le recouvrement à l'égard des assurances étrangères peut s'avérer difficile, soit parce qu'elles sont d'une fiabilité relative, soit parce que certaines clauses excluent la prise en charge des pathologies et soins concernés (pathologies préexistant à la venue en France, accouchements, par exemple).
- dans le cas d'une hospitalisation programmée, les étrangers en situation régulière doivent régler la totalité des frais de séjour et verser, avant leur admission, une provision devant couvrir tout ou partie des frais. Ainsi, le patient doit être adressé par un médecin du pays d'origine et verser la somme figurant sur le devis établi par l'hôpital. Des difficultés de recouvrement peuvent intervenir si le patient s'avère dans un état de santé plus grave que prévu, imposant une hospitalisation prolongée dont les frais ne sont pas couverts par la provision déposée par le patient.

Les hôpitaux peuvent donc rencontrer des difficultés de recouvrement variables à l'égard des patients étrangers dans le cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée. **En aucun cas, ils ne peuvent procéder à la facturation des dépenses engagées pour ces personnes ni au titre de l'AME, ni au titre des soins urgents, étant donné les règles d'ouverture des droits en vigueur.**

2. Les hôpitaux aident à la constitution des dossiers mais les CPAM ont le monopole de l'ouverture des droits

L'obligation de soin inscrite au Code de la santé publique amène les hôpitaux à admettre certains patients sans avoir étudié au préalable leurs modalités de couverture sociale. La circulaire du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État précise ainsi que dans le cas où des soins immédiats sont nécessaires, l'hôpital est tenu à la prise en charge « *même en cas de difficulté à déterminer la couverture sociale du patient, obtenir une provision pour soin, ou constituer un dossier de demande d'ouverture des droits à l'AME* ». Dans le cas contraire, une programmation des soins à une date ultérieure permet de vérifier les modalités de prise en charge financière. Il appartient à donc à l'hôpital d'arbitrer entre une prise en charge immédiate ou différée.

¹³ Article L. 211-1 alinéa 2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers en France ; disposition introduite par la loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité.

¹⁴ Les conventions signées avec Andorre, Monaco, le Gabon et le protocole franco-algérien permettent de coordonner la prise en charge des soins de santé lorsque l'assuré se déplace pour un court séjour en France. Cette prise en charge se limite aux soins urgents.

Dans le cas d'un patient admis sans présentation préalable d'une attestation, les procédures rendent impossible l'ouverture de droits à l'AME par les seuls hôpitaux puisque **les CPAM ont le monopole de l'instruction et de la délivrance des attestations**. Il en résulte, dans la procédure d'ouverture des droits, une répartition des rôles entre les services de l'hôpital (bureaux des admissions, service social, permanences d'accès aux soins de santé - PASS¹⁵) d'une part, et les CPAM, d'autre part.

Dans l'ensemble des hôpitaux visités par la mission, la répartition des rôles est relativement homogène :

- dans le cas où le bureau des admissions repère un patient sans couverture sociale pouvant relever de l'AME, le service social de l'hôpital et/ou la PASS si elle existe, procèdent à la constitution du dossier de demande d'ouverture des droits. Le travail de recherche peut s'avérer difficile, notamment en cas de barrière de la langue¹⁶.
- une fois le dossier constitué, celui-ci est présenté à la CPAM qui procède à son instruction, et, si les critères d'admission sont remplis, à l'ouverture des droits qui se traduit par l'attribution d'un numéro d'immatriculation par inscription dans la base de données opérantes (BDO) et la délivrance de l'attestation.

Les modalités d'organisation sont variables selon les hôpitaux et les CPAM :

Elles varient en fonction de l'existence ou non d'une PASS et d'une permanence de la CPAM dans l'hôpital. À Paris, la CPAM exige de rencontrer le demandeur d'AME en personne et tient des permanences dans les hôpitaux. C'est seulement si le demandeur ne peut se déplacer que le dossier de demande est déposé par l'assistante sociale de l'hôpital. Dans les autres départements visités par la mission, les services sociaux des hôpitaux envoient les dossiers constitués à la CPAM et peuvent échanger avec celle-ci en cas de difficultés.

En définitive, les procédures d'ouverture des droits et de facturation des soins des étrangers irréguliers sur le territoire garantissent que **les hôpitaux ne peuvent « inscrire à l'AME » des patients étrangers** pour lesquels ils prévoiraient ou constateraient des difficultés de recouvrement.

¹⁵ Créées par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, elles n'existent pas dans tous les hôpitaux. Elles ont une organisation spécifique dans chacun des établissements que la mission a visités.

¹⁶ La mission a eu connaissance de la constitution de glossaires en plusieurs langues étrangères établis par les médecins des urgences pour leur questionnaire médical mais également pour le questionnaire social, ainsi que la constitution de groupes de bénévoles maîtrisant des langues étrangères susceptibles d'être parlées par des étrangers.

Cette répartition des rôles se traduit par l'existence de créances irrécouvrables dues à la prise en charge d'étrangers qui ne rempliraient pas les conditions d'éligibilité à l'AME ou aux soins urgents. Ainsi l'AP-HP a, en 2006, admis en non-valeur 7 261 titres émis sur des personnes étrangères pour un montant de 10,3 M € soit 3,38 % des titres et 23,69 % des montants admis en non-valeur. Cette sur-représentation en montant est dû au fait que, pour les étrangers, la créance porte fréquemment sur la totalité des soins, alors que, pour les nationaux, il s'agit plutôt du seul ticket modérateur. Il peut arriver que les services n'aient pu procéder à l'identification du patient (état civil, nationalité française ou étrangère, situation en termes de droit au séjour, régulier ou irrégulier, adresse, *etc.*) avant sa sortie de l'hôpital, l'hôpital n'émet alors aucun titre. À l'hôpital Avicenne à Bobigny par exemple, 64 dossiers de patients précaires représentant un montant total de 372 000 € en 2004 et 94 dossiers représentant 587 000 € en 2005 n'ont pas donné lieu à l'émission d'un titre. Sur l'ensemble des hôpitaux marseillais sous tutelle de l'AP-HM, les dossiers d'hospitalisation dits « SDF » représentent 515 dossiers entre 2003 à 2006, pour un montant total de plus de 595 000 € ; en 2005, pour l'hôpital de La Conception, 28 dossiers de patients précaires hospitalisés représentaient plus de 26 900 €.

B. Le circuit de facturation de l'AME ne permet pas de double compte à l'hôpital

1. Les règles comptables garantissaient l'absence de double facturation dans le cadre de la dotation globale

Sous le régime de la dotation globale qui prévalait avant la mise en œuvre de la tarification à l'activité à partir de 2004, une double facturation des dépenses de soins des bénéficiaires de l'AME, par la procédure spécifique d'une part, et parallèlement par le biais de la dotation globale d'autre part, apparaissait impossible.

La dotation globale correspondait à la différence entre la totalité des charges d'exploitation inscrites au budget général et la totalité des recettes hors régimes d'assurance maladie obligatoire. Les recettes liées à l'activité hospitalière, aux consultations et actes externes des établissements de santé sous dotation globale étaient divisées en 2 groupes :

- recettes dites du « groupe 1 » qui recouvraient l'ensemble des dépenses financées par l'assurance maladie ;
- recettes dites du « groupe 2 » qui recouvrent l'ensemble des dépenses non financées par l'assurance maladie.

Ces recettes du groupe 2 recouvraient la part des dépenses restant à la charge des assurés sociaux (ticket modérateur, forfait hospitalier), les dépenses payées par les non assurés sociaux et les dépenses payées par l'État au titre de l'AME. Elles donnaient donc lieu à l'émission de titres de recettes à l'égard des mutuelles, des individus ou, pour l'AME, de l'assurance maladie.

Il revient au comptable public de l'hôpital d'assurer la bonne imputation des sommes perçues entre ces deux groupes de recettes.

Dans l'hypothèse d'une prévision erronée des recettes du groupe 2, un mécanisme de compensation intervenait l'exercice suivant par ajustement à la hausse ou à la baisse de la dotation globale de financement afin de préserver l'équilibre des recettes. Le mécanisme de compensation consistait à prendre en charge par la dotation globale la différence entre les titres de recettes émis et les prévisions de recettes faites en début d'année. Il ne permettait pas la prise en charge par la dotation globale de l'année suivante des dépenses de soin des bénéficiaires de l'AME de l'année précédente. En effet, les dépenses AME donnant lieu à émission de titres à l'égard de l'assurance maladie, elles ne pouvaient donner lieu à compensation, ni être considérées comme des créances irrécouvrables.

2. Les procédures mises en œuvre dans le cadre de la tarification à l'activité garantissent l'absence de double facturation

a) Le passage à la T2A a entraîné la création d'un circuit de facturation spécifique

La facturation des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la tarification à l'activité¹⁷ n'est ni directe, ni individualisée, ni au fil de l'eau. En effet, depuis le lancement de la tarification à l'activité en 2004, les établissements transmettent trimestriellement les données médicales issues du PMSI aux ARH qui procèdent à la valorisation globale de l'activité et arrêtent le montant global des dépenses facturées aux CPAM. À compter du 30 avril 2007¹⁸, cette transmission sera mensuelle.

L'objectif est de passer, à terme, à une facturation directe, au fil de l'eau de l'activité aux caisses d'assurance maladie, sans passage intermédiaire par les ARH. La circulaire du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion (cf. *infra*) fixe l'échéance de la facturation directe à l'assurance maladie des actes et consultations externes au 1^{er} janvier 2008 et des séjours au 1^{er} janvier 2009.

À l'inverse, la facturation des soins pris en charge au titre de l'AME est, déjà, directe, individualisée et au fil de l'eau¹⁹. Les hôpitaux visités²⁰ par la mission procèdent à la télétransmission de la majorité des factures à la CPAM de leur lieu d'implantation (dite caisse pivot). La télétransmission, mise en place progressivement depuis 2003²¹, n'est cependant pas encore totalement généralisée. Certains établissements continuent à adresser des factures sur papier et même pour les établissements procédant à la télétransmission, des facturations sur papier subsistent : elles concernent notamment les factures envoyées par l'hôpital aux autres caisses que la caisse pivot, et certaines factures spécifiques comme celles concernant les IVG.

¹⁷ Appliquée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

¹⁸ Comme prévu par la loi de financement de la sécurité sociale 2007.

¹⁹ la facturation directe à l'assurance maladie concerne aussi notamment la rétrocession de médicaments et la CMU complémentaire.

²⁰ La CPAM de Paris a cependant signalé que le flot de factures sur papier transmises par les établissements publics de santé était encore important soit plus de 16 000 factures en 2005 et, d'après une projection réalisée en octobre 2006, près de 19 000 factures pour 2006.

²¹ circulaire DHOS/E3 n° 2005 – 578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission vers les caisses d'assurance maladie et l'adaptation des systèmes d'information des établissements de santé.

b) Le taux de conversion a permis d'éviter les phénomènes de double facturation

Depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité, les dispositions transitoires prises dans l'attente de l'adaptation des applications informatiques des hôpitaux ont permis d'éviter une double facturation des séjours :

- les données transmises trimestriellement aux ARH ne contiennent pas d'indication sur le taux de couverture assuré par l'assurance maladie (très schématiquement 80 %, 100 % ou, notamment pour les patients AME, 0 %) pour chaque patient si bien que les ARH ne pouvaient tarifer les séjours et les facturer à l'assurance maladie en fonction du taux de prise en charge.
- un taux de conversion correspondant au taux moyen de prise en charge de l'assurance maladie a été calculé par la DHOS pour chaque établissement et appliqué trimestriellement à l'ensemble des données d'activité transmises trimestriellement aux ARH²².

Il n'y a donc pas de double facturation de l'AME à la CNAMTS dans la mesure où les modalités de calcul de ce « taux de conversion » prennent en compte les recettes de l'établissement dues aux prestations accordées aux patients AME, enregistrées parmi les recettes dites de groupe 2.

Le taux de conversion s'applique aux activités d'urgence comme au reste de l'activité de l'hôpital. **Seul le forfait annuel d'urgence n'est pas concerné.** Calculé à partir du nombre de passages aux urgences, il vise à assurer le paiement des charges fixes des services d'urgence des hôpitaux que contribuent à accroître aussi bien les assurés sociaux que les non assurés sociaux.

La suppression du taux de conversion pour 2007²³ (organisée au cours de l'année 2006, mise en œuvre pour seulement quelques hôpitaux au 3^{ème} trimestre 2006) n'entraînera pas de double facturation. En effet, les établissements hospitaliers doivent apparier les données médico-économiques issues du PMSI avec les données administratives issues du système de facturation des établissements : ils devront indiquer, pour chaque acte et consultation externe et chaque séjour, le taux de prise en charge réel du patient par l'assurance maladie obligatoire.

Les patients AME ne feront donc pas l'objet d'une facturation à l'assurance maladie au titre de la tarification à l'activité appliquée par les ARH car le taux de prise en charge réel indiqué lors de la transmission des données médico-économiques du PMSI sera de 0 %. **Les séjours AME continueront donc à être facturés directement aux CPAM et calculés sur la base des TJP.**

²² A titre d'exemple, le calcul du taux de conversion pour 2006 a pris pour base des retraitements comptables de 2005 et, schématiquement, correspond à 1 – le rapport entre les recettes du groupe 2 et les charges nettes MCO.

²³ Préparation de la suppression du taux de conversion :

- circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006 – 269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements ;
- circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006 – 454 du 17 octobre 2006 relative aux modalités de suppression du taux de conversion en 2006 et 2007 ;
- circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006 – 532 du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion lors de la transmission des données d'activité du 4^{ème} trimestre 2006 et à la modification des modalités de transmission des données d'activité 2007.

3. Les séjours AME sont facturés au tarif journalier de prestation

Les séjours des bénéficiaires de l'AME sont, à l'instar de la part restant à charge des autres patients de l'hôpital, **calculés sur la base du tarif journalier de prestation (TJP)**²⁴. Il a pu être envisagé de revenir sur cette modalité de tarification pour les dépenses de soins des bénéficiaires de l'AME afin de réduire le montant de la dépense.

Les TJP, arrêtés par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation²⁵, sont variables pour chaque spécialité dans chaque établissement ; leur méthode de calcul est relativement hétérogène. Les CPAM vérifient l'exactitude des tarifs appliqués par les établissements lors de la transmission des factures AME.

La réforme engagée de la tarification à l'activité devrait amener, à terme, à calculer la part restant à la charge du patient sur la base du Groupe Homogène de Séjours (GHS) et non plus sur la base du TJP. Ce calcul impliquerait cependant un profond remaniement des logiciels de facturation des hôpitaux afin de rapprocher le PMSI, les données administratives des patients et les logiciels de facturation. Le calendrier de la réforme du TJP n'est pas encore établi.

Les évaluations mises en œuvre par l'AP-HP à la demande de la mission montrent une diminution de près de 45 % des recettes des établissements en cas de tarification à l'activité des séjours AME. Ce premier résultat demeure cependant à expertiser. Par ailleurs, le rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) souligne que l'écart de coût global s'élèverait à plus de 8 Mds €²⁶ en cas de tarification à l'activité et non plus au TJP du ticket modérateur supporté par les assurés sociaux. Il est donc probable que **l'application de la nouvelle tarification, même circonscrite à l'AME, entraînerait des variations de recette importantes pour l'ensemble des établissements.**

Un passage à la tarification à l'activité des séjours des patients AME, anticipé par rapport à la tarification du ticket modérateur des assurés sociaux, **nécessiterait des modifications lourdes des applications informatiques des hôpitaux** alors qu'ils rencontrent déjà des difficultés dans la suppression du taux de conversion (cf. *supra* : la suppression du taux de conversion a pris du retard par rapport au calendrier préalablement établi qui prévoyait une suppression pour 2006).

Dans la mesure où les factures AME sont transmises directement aux CPAM, il pourrait être envisagé d'attendre le passage à la facturation directe à l'assurance maladie des séjours des assurés sociaux (i.e. 2008 et 2009 selon la circulaire du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion). Sinon, un passage immédiat à la tarification à l'activité des séjours AME impliquerait de renoncer transitoirement à la facturation directe à l'assurance maladie pour procéder à une facturation transitant par les ARH. Une telle réforme nécessiterait de tracer les séjours AME lors de la transmission aux ARH pour qu'elles puissent isoler les dépenses. **Une telle réforme aurait pour conséquence de réduire les contrôles de l'ouverture des droits à l'AME par les CPAM étant donné qu'elles ne recevraient plus qu'une facturation globale présentée par les ARH sans individualisation des factures.**

²⁴ Le TJP recouvre les charges financées par les tarifs Groupes Homogènes de Séjour et par les dotations MIGAC et forfaits annuels.

²⁵ Modifié après contradiction (rédaction initiale : Préfet).

²⁶ La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) estime, dans son rapport sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé de juillet 2006, que l'application de cette règle de calcul ferait passer l'assiette du ticket modérateur de 35 milliards d'euros à 26,5 milliards d'euros. Elle préconise par conséquent de redéfinir le dispositif de participation de l'assuré pour l'adapter à la tarification à l'activité.

ANNEXE VII

DISPOSITIFS PRIS EN CHARGE SUR L'ENVELOPPE BUDGETAIRE DE L'AME HORS AME « DE DROIT COMMUN »

SOMMAIRE DE L'ANNEXE VII

I. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS DES ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE NON BÉNÉFICIAIRES DE L'AME.....	1
A. LE DISPOSITIF DES SOINS URGENTS, QUI PERMET UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE MINIMALE DES ETRANGERS NON ÉLIGIBLES A L'AME, EST COMPLEXE A GERER.....	1
1. Une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME	1
2. Une réelle complexité de gestion liée au caractère forfaitaire de l'enveloppe.....	2
B. SI LE COUT ÉLEVÉ DU DISPOSITIF EST JUSTIFIÉ PAR LES PATHOLOGIES DONT SOUFFRENT SES BÉNÉFICIAIRES ET PAR LES SPÉCIFICITÉS DE L'OUTRE-MER, LES CONTRÔLES EXERCÉS PAR LES CPAM SONT PARFOIS INSUFFISANTS	3
1. Les patients pris en charge au titre des soins urgents souffrent de pathologies lourdes.....	3
2. Plus de 80 % de la dépense sont concentrés sur l'Île-de-France et l'outre-mer.....	3
3. Des contrôles par les CPAM d'une rigueur variable.....	4
II. L'AME DITE « HUMANITAIRE » ACCORDÉE SUR DÉCISION MINISTÉRIELLE	5
A. LES PRISES EN CHARGE EXCEPTIONNELLES DES SOINS DE FRANÇAIS EXPATRIÉS OU D'ÉTRANGERS NON RÉSIDENTS REPRÉSENTENT UNE DÉPENSE DE 3 A 4 M€ PAR AN.....	5
B. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE FRANÇAIS EXPATRIÉS POURRAIT ÊTRE ASSURÉE PAR LA CMU	5
C. LA PRISE EN CHARGE DES ÉTRANGERS NON-RÉSIDENTS PRÉSENTE UN RISQUE CONTENTIEUX LIMITÉ.....	6
III. LES PERSONNES PLACÉES EN RETENTION ADMINISTRATIVE OU GARDEES A VUE	8
A. SI L'AME COUVRE A TITRE SUBSIDIAIRE LES FRAIS SANITAIRES DES ÉTRANGERS FAISANT L'OBJET D'UNE RETENTION ADMINISTRATIVE, CETTE SITUATION APPARAÎT PEU SATISFAISANTE.....	8
1. L'AME permet de financer les soins non couverts par les crédits du programme 104 « Accueil des étrangers et intégration ».....	8
2. L'éclatement du financement des soins apportés aux étrangers en attente de reconduite ne permet pas de contrôler les dépenses, ce qui plaide en faveur d'une simplification.....	9
B. LES MÉDICAMENTS ET LES SOINS INFIRMIERS DES PERSONNES GARDEES A VUE NE POUVANT FAIRE ÉTAT D'UNE COUVERTURE SANTÉ RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE PAR L'AME	10
1. Les soins de certaines personnes placées en garde à vue peuvent être couverts par l'AME.....	10
2. L'absence de cadre réglementaire pose des difficultés pratiques auxquelles une solution doit être apportée à court terme.....	10
IV. LES DETTES ANTERIEURES A LA MISE EN PLACE DE L'AME	11
A. L'ÉTAT RESTE REDEVABLE DE DETTES LIÉES A L'ANCIENNE AIDE MÉDICALE GRATUITE POUR DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE	11
B. LE REMBOURSEMENT DE CES DETTES, QUI ONT REPRÉSENTÉ PRES DE 80 M€ DE 2000 A 2006, EST QUASIMENT ACHEVÉ.....	12

V. LES EVACUATIONS SANITAIRES DE MAYOTTE VERS LA REUNION	13
A. LES EVACUATIONS SANITAIRES DES PATIENTS NON IMMATRICULES A LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE RECEMMENT CREEE A MAYOTTE SONT PRISES EN CHARGE PAR L'AME	13
B. LE COUT CORRESPONDANT, D'UNE VINGTAINE DE MILLIONS D'EUROS PAR AN, DEVRAIT DIMINUER DANS LES ANNEES A VENIR	13

L'aide médicale d'État (AME) constitue un filet de sécurité dont l'objectif est d'assurer la prise en charge des soins des personnes ne pouvant accéder au régime général de l'assurance maladie du fait de leur présence irrégulière sur le territoire. Le prolongement de cette logique a incité le législateur et le pouvoir réglementaire à faire assumer par l'enveloppe budgétaire destinée à l'AME le financement de divers dispositifs, qu'ils soient en relation directe avec l'AME (soins urgents des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME, AME dite « humanitaire », soins des étrangers en rétention administrative, dettes liées à l'ancienne aide médicale gratuite) ou non (soins des gardés à vue, évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion).

Au total, sur les crédits inscrits en loi de finances au titre de l'AME, ce sont en moyenne plus de 40 M€ qui sont prélevés chaque année pour financer ces différents dispositifs distincts de l'AME « de droit commun » (celle qui prend en charge les soins des étrangers en situation irrégulière présents depuis plus de trois mois sur le territoire national).

I. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS DES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE NON BENEFICIAIRES DE L'AME

A. Le dispositif des soins urgents, qui permet une prise en charge médicale minimale des étrangers non éligibles à l'AME, est complexe à gérer

1. Une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME

Le dispositif des « soins urgents » a été créé par l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003¹ en contrepartie des restrictions apportées à l'accès à l'AME « de droit commun », notamment l'introduction de la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois. Il est désormais codifié à l'article 254-1 du CASF².

Il permet la **prise en charge de soins délivrés exclusivement à l'hôpital à des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME** mais résidant en France (notamment ceux présents depuis moins de trois mois ou ne pouvant réunir les pièces nécessaires à l'ouverture des droits à l'AME), dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

Cependant, pour les mineurs non éligibles à l'AME, tous les soins reçus à l'hôpital sont couverts par la procédure des soins urgents. En effet, la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative aux soins urgents prévoit une prise en charge automatique par ce dispositif des soins délivrés aux enfants dès leur arrivée en France³.

¹ Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003.

² Cet article prévoit que « 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. 380-1 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. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

³ Cette circulaire prévoit que : « compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale d'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Pour autant, le Conseil d'État a annulé, dans une décision du 7 juin 2006, les deux décrets d'application de la loi de finances rectificative pour 2003 adoptés le 28 juillet 2005⁴ « *en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles* », sur la base de la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990⁵. En effet, seule une circulaire prévoyait que les critères de l'urgence médicale sont supposés systématiquement remplis pour tout soin délivré à un mineur. En outre, cette disposition ne suffit pas à garantir un accès des mineurs à la médecine de ville, ce qui peut être considéré comme non conforme aux engagements internationaux de la France.

Dans ce contexte, **la mission préconise d'ouvrir le droit à l'AME aux mineurs dès leur arrivée en France**, ce qui suppose de passer à un système d'attestations individuelles (cf. rapport de synthèse § IV, C, 1).

2. Une réelle complexité de gestion liée au caractère forfaitaire de l'enveloppe

Le financement du dispositif des soins urgents par l'État repose sur une dotation « forfaitaire »⁶, fixée à 20 M€ chaque année depuis 2004 et versée à la CNAMTS. Ce caractère forfaitaire de la dotation contribue à la complexité de gestion.

En effet, compte tenu du risque de dépassement de cette enveloppe, il a été demandé aux hôpitaux de ne pas émettre au fur et à mesure les factures correspondant aux soins délivrés dans ce cadre, ni d'inscrire comptablement ces créances dans leurs comptes, mais de stocker ces factures jusqu'à ce que la CNAMTS (en concertation avec la DHOS) donne instruction aux CPAM de collecter ces éléments.

Pour l'année 2004, première année d'existence de ce dispositif, les hôpitaux n'ont ainsi reçu la consigne de transmettre les données correspondant aux soins urgents délivrés que le 19 octobre 2005. Compte tenu du montant global des factures présentées (plus de 45 M€ pour l'ensemble des départements), il a dans un premier temps été demandé aux CPAM de ne régler que les factures des hôpitaux réclamant plus de 50 000 €, avant qu'une lettre ministérielle du 2 novembre 2006 n'autorise le paiement du reliquat des factures de cette année 2004.

Le caractère forfaitaire de l'enveloppe a donc été contourné, le paiement par la CNAMTS pour les soins urgents de l'année 2004 ayant été effectué à l'aide des dotations de 2004 et 2005 et d'une partie de celle de 2006. Au total, les paiements se sont élevés à 43,9 M€.

Pour l'année 2005, les hôpitaux ont reçu l'instruction de transmettre leurs factures de soins urgents par circulaire du 25 octobre 2006. Les premières données disponibles en janvier 2007 font état d'un montant global de dépenses présentées de 51,9 M€, dont 12,04 M€ en Guyane, 11,38 M€ en Guadeloupe, 10,37 M€ à Paris et 2,21 M€ à Bobigny. Compte tenu de la procédure utilisée pour payer les factures de 2004, la CNAMTS ne dispose que du reliquat de la dotation budgétaire de 2006 et celle de 2007 (soit autour de 35 M€) pour payer ces factures de l'année 2005. En tout état de cause, cette cavalerie budgétaire conduit à une impasse à partir de l'an prochain, puisque aucun crédit ne sera alors disponible pour payer les factures de 2006.

La mission propose de faire évoluer sensiblement les procédures relatives aux soins urgents, afin de trouver un mode de fonctionnement durable (cf. rapport de synthèse § IV, C).

⁴ Décret n° 2005-859 relatif à l'aide médicale de l'État et décret n° 2005-860 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME.

⁵ L'article 3-1 de cette convention dispose que « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, [...], l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ».

⁶ L'article L. 254-1 du CASF prévoit que : « [...] *une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* ».

B. Si le coût élevé du dispositif est justifié par les pathologies dont souffrent ses bénéficiaires et par les spécificités de l’outre-mer, les contrôles exercés par les CPAM sont parfois insuffisants

Le coût du dispositif des soins urgents peut sembler élevé (autour de 50 M€ chaque année) mais il est justifié par l’état de santé des bénéficiaires et les dépenses sont concentrées géographiquement. Pour autant, la rigueur des contrôles par les CPAM du bien-fondé des factures présentées par les hôpitaux est inégale.

1. Les patients pris en charge au titre des soins urgents souffrent de pathologies lourdes

La circulaire du 16 mars 2005 ne dresse pas une liste exhaustive des soins couverts par le dispositif des soins urgents. En l’absence de contrôle médical (que la circulaire du 16 mars 2005 prévoit pourtant mais dont la CNAMTS considère qu’il ne peut être mis en œuvre pour des patients qui ne sont pas des assurés sociaux), le caractère urgent de ces soins n’est donc apprécié le cas échéant qu’au regard d’une attestation signée par un praticien hospitalier.

Pour autant, l’exploitation des données du PMSI de l’AP-HP montre que les soins délivrés et facturés dans le cadre du dispositif des « soins urgents » correspondent à de vrais soins urgents (cf. rapport de synthèse § I, D, 2 et annexe V).

2. Plus de 80 % de la dépense sont concentrés sur l’Île-de-France et l’outre-mer

Le tableau suivant montre la concentration importante de la dépense en Île-de-France (près du tiers de la dépense totale) et outre-mer (un tiers de la dépense totale pour la seule Guyane et près de la moitié de la dépense globale pour les quatre départements d’outre-mer).

Tableau 1 : Répartition par CPAM des dépenses de soins urgents facturées par les hôpitaux pour l’année 2004

CPAM	Montant des factures présentées au titre des soins urgents pour 2004	Part du total des montants facturés au titre des soins urgents en 2004
Guyane	14 565 105 €	32,3 %
Guadeloupe	6 215 704 €	13,8 %
Martinique	1 039 250 €	2,3 %
La Réunion	195 371 €	0,4 %
Sous-total outre-mer	22 015 430 €	48,8 %
Paris	9 820 072 €	21,8 %
Bobigny	2 154 217 €	4,8 %
Val-d’Oise	944 532 €	2,1 %
Val-de-Marne	725 478 €	1,6 %
Nanterre	346 897 €	0,8 %
Versailles	240 008 €	0,5 %
Melun	228 997 €	0,5 %
Évry	85 144 €	0,2 %
Sous-total Île-de-France	14 545 345 €	32,2 %
Reste de la France	8 565 794 €	19,0 %

Source : DHOS et CNAMTS

La part importante occupée par l’Île-de-France dans les dépenses de soins urgents semble cohérente avec le fait que cette région représente près des deux tiers du nombre total de bénéficiaires de l’AME, ce qui semble indiquer qu’elle regroupe une proportion significative du nombre total d’étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français.

En revanche, le poids relatif de l'outre-mer, et plus spécifiquement de la Guyane et de la Guadeloupe, fait apparaître une problématique spécifique pour ces départements, compte tenu du nombre élevé d'étrangers en situation irrégulière qui transitent par ces départements.

En ce qui concerne la Guyane, si le nombre de bénéficiaires de l'AME dépasse les 15 000 au 30 septembre 2006 pour une population totale d'environ 200 000 habitants (soit 7 % de la population à l'AME contre 0,3 % pour la France entière), le nombre d'étrangers en situation irrégulière à chaque instant sur le territoire est estimé par le directeur de la direction de la santé et du développement social du département à 35 000, soit un habitant sur six. Les patients étrangers constituent plus de la moitié de la fréquentation du centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, puisque cet établissement est le lieu d'hospitalisation de droit commun des Surinamais habitants du fleuve.

Dans ce contexte, il n'apparaît guère étonnant que 1 992 étrangers en situation irrégulière aient reçu des soins hospitaliers au cours de l'année 2005, dont plus de la moitié (52,7 %) concernaient de la gynécologie obstétrique et plus du quart (26,2 %) des soins chirurgicaux (le plus souvent dans des situations d'urgence et liés à des traumatismes), la rétrocession de médicaments anti-rétroviraux représentant un autre poste important de dépense de soins urgents. L'analyse de l'origine géographique de ces patients fait ressortir une part majoritaire des ressortissants du Surinam (62,5 %) et un nombre important de Brésiliens (25,7 %).

3. Des contrôles par les CPAM d'une rigueur variable

La mission a constaté une hétérogénéité des pratiques en termes de contrôles des factures de soins urgents entre les départements qu'elle a visités.

Ainsi, à Bobigny, aucun médicament n'a été facturé au titre des soins urgents en 2004 car les hôpitaux n'avaient pas connaissance du fait que ceux prescrits lors de la délivrance des soins urgents pouvaient entrer dans l'enveloppe correspondante⁷. En outre, un filtrage des dossiers individuels et la recherche systématique d'une autre couverture sociale pour tous les dossiers présentés ont conduit la CPAM de Bobigny à rejeter plus de la moitié des factures présentées par les hôpitaux au cours de cette première année du dispositif (seul un montant de 1,06 M€ a été payé sur un total de 2,16M€ de factures présentées).

De même en Guadeloupe, les données fournies par la CNAMTS indiquent que plus du quart du montant facturé par les hôpitaux (6,22 M€) n'a pas été payé au titre de l'année 2004, puisque les soins urgents réellement payés dans ce département ne se sont finalement élevés qu'à 4,56 M€.

À l'inverse, à Marseille, les factures ont été transmises à la CPAM au fil de l'eau par les centres hospitaliers accompagnées d'une attestation de l'urgence médicale signée par un praticien hospitalier, afin d'obtenir une pré-validation du fait que ces dépenses entraient bien dans le cadre des soins urgents. Pour autant, les agents de la CPAM ne semblent pas avoir rejeté de factures (les quelque 918 000 € présentés ont été presque intégralement payés du fait de contacts informels avec le service administratif des centres hospitaliers ayant permis de filtrer leurs demandes) et ont indiqué ne pas réaliser de contrôle exhaustif du bien-fondé de l'urgence de soins.

⁷ Les médicaments peuvent être pris en charge dans ce cadre si la prescription initiale est établie par un médecin de l'hôpital, et qu'un praticien de cet établissement a attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé.

La même absence de rejet de facture a été constatée en Guyane, sur des montants bien plus élevés, puisque les 14,57 M€ de factures présentées par les hôpitaux ont été versés par la CPAM, sans que la mission ait pu se prononcer sur l'étendue des contrôles menés. À Paris, la CPAM a indiqué à la mission **ne pas contrôler que les factures présentées au titre des soins urgents entrent bien dans le cadre de ce dispositif**. Le montant des paiements pour l'année 2004 (10,09 M€) a même finalement dépassé le montant des dépenses transmises par les hôpitaux au 26 janvier 2006 (9,82 M€), probablement en raison de factures présentées ultérieurement.

Dans l'ensemble, les contrôles opérés par les CPAM apparaissent donc insuffisants et le filtrage des dossiers présentés par les hôpitaux devrait être renforcé (cf. rapport de synthèse § IV, D).

II. L'AME DITE « HUMANITAIRE » ACCORDEE SUR DECISION MINISTERIELLE

A. Les prises en charge exceptionnelles des soins de Français expatriés ou d'étrangers non résidents représentent une dépense de 3 à 4 M€ par an

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui instaure l'AME, prévoit également la possibilité pour le ministre chargé de l'action sociale d'accorder par une décision individuelle la prise en charge totale ou partielle des soins médicaux pour toute personne (française ou étrangère) qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français et dont l'état le justifie.

Ce dispositif, codifié au deuxième alinéa de l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles, représente une dépense moyenne de 3 à 4 M€ par an, ainsi que le montre le tableau suivant.

Tableau 2 : Montant des dépenses engagées au titre de l'AME « humanitaire »

Année	Montant des dépenses d'AME humanitaire
2000	1 634 488,54 €
2001	3 825 844,66 €
2002 (estimation)	4 000 000,00 €
2003	4 184 879,84 €
2004	3 360 565,91 €
2005	3 329 804,98 €
2006 (au 8 novembre)	1 677 028,55 €
Total	22 012 612,48 €

Source : DGAS

L'AME humanitaire concerne deux types de populations : les Français expatriés et des étrangers ne résidant pas en France.

B. La prise en charge des soins de Français expatriés pourrait être assurée par la CMU

Les Français vivant à l'étranger qui demandent à être rapatriés pour une hospitalisation représentent entre 30 et 70 dossiers chaque année.

Ces patients démunis ou ayant toujours vécu à l'étranger bien que possédant la nationalité française n'ont pas cotisé à la Caisse des Français de l'étranger et ne peuvent prétendre à la CMU lors de leur retour en France, généralement dans une situation d'urgence médicale, du fait qu'ils ne remplissent pas la condition de résidence ininterrompue de trois mois sur le territoire (prévue par les articles L. 380-1 et R. 380-1 du Code de la sécurité sociale).

Ils constituent par conséquent des dossiers dans les postes diplomatiques à l'étranger, les services consulaires établissant un dossier social et médical. Le ministère des affaires étrangères accorde le financement du rapatriement vers la France des personnes sans ressources suffisantes (sans toutefois financer le retour dans le pays étranger) et transmet tous les dossiers à la direction générale de l'action sociale (DGAS). Celle-ci accorde elle-même la décision de prise en charge au titre de l'AME de tous les frais de soins, à l'hôpital et en ville, par délégation du ministre **sans réel pouvoir d'appréciation** (la prise en charge est quasi-automatique dès lors que les conditions sont remplies).

Il convient en outre de signaler les difficultés que rencontrent ces patients dépourvus de numéro de sécurité sociale et de carte Vitale pour se procurer les médicaments parfois nécessaires à leur sortie d'hôpital, puisque la procédure est peu connue et qu'ils ne disposent que d'une décision ministérielle sur papier pour attester de leurs droits.

Dans ce contexte, la suppression du dispositif et le basculement de ces Français à la CMU dès leur arrivée en France devraient être envisagés (cf. rapport de synthèse § IV, C, 2).

C. La prise en charge des étrangers non-résidents présente un risque contentieux limité

Le second type de décisions d'AME humanitaire concerne des étrangers non-résidents de passage en France. De fait, la pratique consistant à prendre en charge par lettre ministérielle, de façon exceptionnelle et ponctuelle, des malades ou blessés étrangers ne résidant pas en France et pouvant être sauvés par une hospitalisation sur notre territoire existait avant 2000. La loi du 27 juillet 1999 lui a fourni un fondement législatif.

Les dossiers présentés à ce titre, qui sont entre 500 et 1 000 chaque année, sont instruits par la DGAS. Cette fonction occupe un agent à temps plein et exige une intervention régulière d'un médecin pour fournir un avis médical. Il apparaît que nombre de demandes concernent des personnes s'étant vu refuser l'accès à l'AME de droit commun. La procédure d'AME humanitaire a ainsi été dévoyée de son objectif initial et semble être devenue une voie d'appel pour les étrangers qui n'ont pu accéder à l'AME.

En l'absence de critères réglementaires, la DGAS restreint fortement la prise en charge à l'AME humanitaire et n'accepte qu'**entre 30 et 80 dossiers chaque année** (ce qui correspond à un taux de refus de plus de 90 %). En pratique, cette direction adresse un courrier suivant le cas, à l'établissement de soins, à la DDASS ou à la famille de l'intéressé, indiquant que la demande est en cours d'instruction et qu'une décision d'admission sera notifiée ultérieurement ou qu'à défaut l'absence de réponse positive dans un délai de deux mois doit être interprétée comme un rejet de la demande. Compte tenu de leur formulation, ces décisions implicites de rejet ne font pas courir le délai de recours. Un réexamen de la demande écartée est ainsi toujours possible ainsi qu'un recours contentieux.

Une grande majorité des demandes réceptionnées concernent des personnes adultes, souvent âgées ou souffrant d'une pathologie préexistante, qui ont été hospitalisées à l'occasion d'une visite en France et cherchent à régulariser leur situation *a posteriori*. Dans la mesure où les procédures des soins urgents et des étrangers malades (cf. annexe IV) permettent une prise en charge des soins, l'article L. 251-1 du CASF, qui permet la prise en charge des soins de toute personne « *présente sur le territoire français et dont l'état le justifie* », peut constituer une incitation à venir se faire soigner en France sans nécessairement prévoir de couverture sociale⁸.

Sauf si les soins sont payés pour partie par la famille ou par l'État d'origine, le tri effectué par la DGAS écarte habituellement ce type de demandes. D'une manière générale, les critères conduisant à une proposition d'admission transmise au ministre sont les suivants :

- l'impossibilité d'une famille ou d'une association (par exemple *La chaîne de l'espoir*) de poursuivre, au-delà du devis initial qu'elle a elle-même payé, le financement d'une intervention plus lourde que prévu ;
- une prise en charge partielle de la dépense par le pays d'origine ;
- les cas d'accidents (par exemple nucléaire) dans lesquels le pays d'origine sollicite, par la voie diplomatique, le savoir-faire médical de la France et les départements ministériels concernés s'accordent sur l'opportunité de donner suite à la demande ;
- les patients arrivés depuis peu en France qui présentent une pathologie contagieuse (tuberculose ou VIH notamment) pour laquelle une prise en charge au titre des soins urgents se révèle impossible ;
- les soins qui concernent un enfant de moins de seize ans qui ne reçoit pas dans son pays des soins suffisants (un avis médical est alors demandé au médecin de la DGAS) ;
- les patients étrangers qui font l'objet d'un arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office ou d'un placement à la demande d'un tiers (responsable hospitalier).

À ce jour, une douzaine de décisions a fait l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Paris et deux décisions de rejet ont été annulées en première instance. Toutefois, dans les deux cas, la cour administrative d'appel a finalement donné raison à l'administration.

Ainsi, la suppression du **dispositif d'AME humanitaire pour les étrangers non-résidents n'apparaît pas pertinente**, puisque celui-ci serait vraisemblablement remplacé par des demandes de prise en charge exceptionnelle au ministre, ainsi que cela se faisait avant 2000, et que le risque contentieux reste mesuré.

⁸ Même si les étrangers ont l'obligation, depuis la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité (codifiée depuis à l'article L. 211-1 du code de l'entrée et du séjour en France des étrangers), de faire état d'un contrat d'assurance pouvant couvrir, à hauteur d'au moins 30 000 €, l'ensemble des dépenses médicales et hospitalières susceptibles d'être engagées pendant la durée du séjour en France pour pouvoir bénéficier d'un visa. Toutefois, les interlocuteurs rencontrés ont indiqué que les recours contre les compagnies d'assurance étrangères aboutissaient rarement au paiement des frais engagés.

III. LES PERSONNES PLACÉES EN RÉTENTION ADMINISTRATIVE OU GARDEES A VUE

L'AME prend également en charge certains soins engagés par des personnes placées en rétention administrative ou gardées à vue, pour un montant total de près de 735 000 € de 2003 à 2006.

Tableau 3 : Montant des dépenses engagées au titre de l'AME pour des étrangers en rétention administrative ou des personnes placées en garde à vue

Année	Montant des dépenses d'AME pour des étrangers en rétention administrative ou gardées à vue
2003	79 938,16 €
2004	244 753,97 €
2005	314 048,38 €
2006 (estimation)	96 084,58 €
Total	734 825,09 €

Source : DGAS

A. Si l'AME couvre à titre subsidiaire les frais sanitaires des étrangers faisant l'objet d'une rétention administrative, cette situation apparaît peu satisfaisante

1. L'AME permet de financer les soins non couverts par les crédits du programme budgétaire n°104 « Accueil des étrangers et intégration »

a) La prise en charge des frais sanitaires de personnes en rétention administrative relève à titre principal du programme budgétaire n°104

La prise en charge des frais liés aux soins apportés à des personnes étrangères placées en centres de rétention administrative (CRA), lieux de rétention administrative (LRA, mis en place dans des départements où il n'existe pas de CRA) ou en zone d'attente relève en principe de l'action n°1 du programme budgétaire n°104 « Accueil des étrangers et intégration », pilotée par la direction des populations et des migrations (DPM). Cette assistance sanitaire et sociale, dont l'objectif est d'assurer la gratuité des soins apportés aux étrangers en attente de reconduite à la frontière, s'est traduite par l'inscription de crédits de paiement d'un montant de près de 5,2 M€ en 2006 pour l'intervention du service public hospitalier dans les CRA, sur la base de conventions locales passées entre l'État et des centres hospitaliers.

À Rouen par exemple, une convention signée avec la Préfecture prévoit que le CHU Charles-Nicolle assure une permanence médicale directement au centre de rétention.

b) L'AME couvre les soins apportés dans les locaux de rétention administrative et les hospitalisations des étrangers retenus dans les centres de rétention administrative

Toutefois, depuis un avis émis le 5 avril 2001 par la mission juridique du Conseil d'État⁹, l'AME est chargée de financer tous les soins apportés à des étrangers retenus que la DPM ne prend pas elle-même en charge, faute de moyens. Ainsi :

- hors temps de présence de personnels médicaux et infirmiers dans les CRA et en cas de soins plus lourds, les retenus peuvent bénéficier de soins externes ou d'hospitalisations. Le programme n°104 précise pour ces situations qu'« en tant que de besoin, les CRA peuvent recourir aux financements complémentaires de l'AME ». Cette mention autorise donc les DDASS à recourir à un financement par l'AME des hospitalisations nécessaires aux personnes retenues dans les CRA ;
- l'AME couvre également les soins apportés aux étrangers placés dans les LRA.

Le CHU de Rouen a par exemple facturé à la DDASS de Seine-Maritime 5 500 € à ce titre en 2005 et prévoit une dépense d'environ 10 500 € pour 2006. Sur la France entière, cette dépense s'élèverait à environ 162 000 € pour 2005.

2. L'éclatement du financement des soins apportés aux étrangers en attente de reconduite ne permet pas de contrôler les dépenses, ce qui plaide en faveur d'une simplification

a) Les dépenses engagées au titre de l'AME dans ce cadre ne sont pas contrôlées

Les prises en charge par l'AME des frais engagés lors d'hospitalisations d'étrangers en CRA ou de soins apportés à des étrangers en LRA s'opèrent en dehors de la procédure normale d'instruction par les CPAM.

En l'absence d'instructions, les DDASS ne semblent procéder à aucun contrôle de ces dépenses, se contentant de recueillir les demandes de remboursements des professionnels et des établissements de santé et de les payer sans instruire individuellement les dossiers concernés pour contrôler le bien-fondé de la dépense.

b) Une centralisation de la prise en charge de l'ensemble des soins des personnes en rétention administrative au sein du programme budgétaire n°104 simplifierait l'organisation

Cette évolution supposerait un transfert de la responsabilité en matière de remboursement de frais de soins, de consultations, de médicaments et d'hospitalisation dans les LRA ainsi que des frais d'hospitalisation des personnes retenues en CRA vers le programme « Accueil des étrangers et intégration » et la suppression de la prise en charge de ces soins par l'AME.

L'avantage de ce regroupement serait de désigner un **pilote unique**, en l'occurrence la DPM, **pour l'ensemble des soins délivrés à des étrangers en rétention administrative**. Cette direction pourrait alors assumer la charge de l'instruction et du contrôle des dépenses engagées à ce titre.

⁹ Note à l'attention du directeur de la population et des migrations du 5 avril 2001.

B. Les médicaments et les soins infirmiers des personnes gardées à vue ne pouvant faire état d'une couverture santé relèvent d'une prise en charge par l'AME

1. Les soins de certaines personnes placées en garde à vue peuvent être couverts par l'AME

Toute personne gardée à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou un officier de police judiciaire. En cas de prolongation, elle peut demander un second examen. Ces consultations médicales assurées par un médecin hospitalier relevant d'une unité médico-judiciaire ou par un médecin réquisitionné (sur la base de l'article 63-3 du Code de procédure pénale) sont pris en charge au titre des frais de justice en tant qu'elles sont effectuées dans le cadre de la procédure pénale. A l'inverse, **les médicaments ou les soins infirmiers qui pourraient s'avérer nécessaires ne relèvent pas de la mesure médico-judiciaire et des frais de justice mais du domaine des soins.**

Si la personne concernée est affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficie de la couverture maladie universelle et si elle dispose des documents en attestant lors de sa garde à vue, ces dispositifs permettent de couvrir les frais concernés. En revanche, pour les personnes ne possédant pas de justificatifs de leur couverture sociale et pour les étrangers en situation irrégulière, l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit depuis 2002 une prise en charge par l'AME¹⁰.

2. L'absence de cadre réglementaire pose des difficultés pratiques auxquelles une solution doit être apportée à court terme

À ce jour, en l'absence du décret prévu par l'article L. 251-1 du CASF, les médicaments et soins infirmiers en question sont financés soit par l'hôpital dont relève le médecin de l'unité médico-judiciaire, soit par le gardé à vue lui-même, soit par des échantillons en possession du praticien, soit encore par l'officine qui délivre les médicaments ou sur les deniers personnels de certains magistrats, soit enfin par les DDASS en dehors de tout cadre réglementaire.

Face à cette situation dont le Médiateur de la République s'est ému dès 2003, une solution doit être apportée à court terme.

Une piste envisagée consisterait à abroger la disposition du CASF correspondante et à modifier le Code de procédure pénale pour faire prendre en charge ces dépenses par les frais de justice. Outre les difficultés à faire accepter cette évolution au niveau interministériel, il semble peu réaliste d'envisager une modification législative pour un enjeu quantitativement faible (quelques centaines de milliers d'euros par an).

Dès lors, il apparaît préférable à la mission de passer par la voie réglementaire dans le cadre de la législation actuelle. Si, pour des raisons d'opportunité politique, il apparaissait difficile de faire adopter rapidement un décret d'application, une simple **circulaire interprétative pourrait permettre aux DDASS de prendre en charge ces frais**, compte tenu du caractère non équivoque de l'article L. 251-1 du CASF.

¹⁰ L'article 14 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a introduit un alinéa supplémentaire à l'article L. 251-1 de ce code : « Toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'État, dans des conditions fixées par décret ».

IV. LES DETTES ANTERIEURES A LA MISE EN PLACE DE L'AME

A. L'État reste redevable de dettes liées à l'ancienne aide médicale gratuite pour des personnes sans domicile fixe

L'AME a remplacé le dispositif d'aide médicale gratuite, qui avait été sensiblement modifiée par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.

Les dépenses correspondantes étaient prises en charge par les conseils généraux sauf pour les personnes « *dépourvues de résidence stable et ayant fait élection de domicile auprès d'un organisme agréé* », pour lesquelles l'article 190-1 introduit au Code de la famille et de l'aide sociale par la loi sus-mentionnée prévoit un financement par l'État.

Ces soins pris en charge par l'État concernaient donc des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur nationalité, mais également dans certains cas des personnes étrangères en situation irrégulière y compris lorsqu'elles bénéficiaient d'une résidence stable (et relevaient donc logiquement d'une prise en charge par le département de résidence), puisque certains départements refusaient de prendre en charge ces personnes, considérant que le caractère irrégulier de leur séjour en France justifiait à lui seul une prise en charge de leurs soins par l'État.

Or, lors du basculement vers l'AME au 1^{er} janvier 2000, l'État avait cumulé des dettes dont les DDASS restaient redevables auprès de divers débiteurs :

- auprès des **établissements et praticiens de santé**, qui facturaient aux DDASS, sur la base de conventions *ad hoc*, les frais liés à des hospitalisations ponctuelles de personnes en difficulté incapables de justifier de droits ouverts à l'assurance maladie. Ces conventions, qui concernaient des personnes sans domicile fixe ayant vocation à accéder immédiatement à la CMU, ont été dénoncées progressivement par les DDASS de 2000 à 2002. Les DDASS prenaient également en charge des hospitalisations ponctuelles d'étrangers non-résidents souffrant de maladies mentales jusqu'à leur rapatriement ou de patients et blessés étrangers envoyés en France pour des soins par décision du ministre de la santé (provenant de Bosnie ou du Kosovo notamment). Elles prenaient enfin en charge les interruptions volontaires de grossesse lorsque se présentait un problème de confidentialité non réglé par la réglementation de l'assurance maladie¹¹ ;
- auprès des **URSSAF** pour les cotisations restant dues par l'État pour des personnes sans domicile fixe admises à l'aide médicale ;
- auprès des **conseils généraux** : dans certains départements, des conventions de gestion étaient passées entre le préfet et le président du conseil général pour intégrer la gestion de l'aide médicale des personnes sans domicile fixe dans celle de l'aide médicale départementale des personnes disposant d'un domicile de secours dans le département. Le département demandait alors à l'État le remboursement des dépenses avancées pour son compte ;

¹¹ Cf. dernier alinéa de la circulaire DAS 2000-14 du 10 janvier 2000 : « *Enfin, les dispositions prévues dans les précédentes circulaires relatives à l'IVG demeurent applicables après le 1^{er} janvier 2000 en ce qui concerne la possibilité, pour l'autorité compétente, de prononcer, indépendamment de la condition de justification des ressources, la prise en charge par l'AME, pour la part non couverte par l'assurance maladie, de toute personne se trouvant en situation de détresse matérielle ou morale et désirant garder l'anonymat* ».

- auprès des **organismes d'assurance maladie** : une part des dépenses des CPAM a été remboursée directement par les DDASS, dans la ligne de l'ancienne convention d'aide médicale du 9 mai 1995. Cette convention étant passée non seulement avec la CNAMTS mais aussi avec la mutualité sociale agricole et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, les DDASS ont dû également assurer le paiement des dettes existant envers ces deux organismes au titre de l'ancienne aide médicale.

Pour les CPAM, l'article 17 de la convention entre l'État et la CNAMTS du 17 octobre 2000 prévoyait un dispositif de **remboursement sur les crédits destinés à la nouvelle AME** (avec un « *décompte séparé* ») des dettes pour lesquelles « *les justificatifs étaient présentés après le 30 juin 2000* ». Ce sont ces dettes qui ont, chaque année depuis 2000, amputé le montant que l'État a versé à la CNAMTS au titre de l'AME de droit commun.

B. Le remboursement de ces dettes, qui ont représenté près de 80 M€ de 2000 à 2006, est quasiment achevé

En 2000, dans la perspective d'une mesure d'apurement dans le cadre du projet de loi de finances rectificative, une enquête a été effectuée auprès des préfets en vue d'établir le montant des dettes de l'État au titre de l'aide médicale. La demande de mesure n'ayant pas abouti, l'enquête a été renouvelée en 2001. Une note budgétaire de la DGAS du 21 mars 2002 évaluait le montant des dettes réclamées aux DDASS, après utilisation des 7,6 M€ (50 MF) de crédits ouverts en LFR 2001, à 81,4 M€.

Ce bilan s'est avéré ne pas être tout à fait exhaustif, des établissements de santé relayés par la direction générale de la comptabilité publique continuant à demander le remboursement de dettes concernant l'État au titre de l'aide médicale au cours des années suivantes.

Les montants remboursés chaque année par l'État à la CNAMTS dans ce cadre sont détaillés dans le tableau ci-dessous. Ils s'élèvent au total à plus de 78 M€ depuis 2000, auxquels s'ajoutent 34,1 M€ versés directement par les DDASS au cours de l'année 2000 en dehors du cadre prévu par la convention du 17 octobre 2000.

Tableau 4 : Dettes antérieures à 2000 remboursées par l'État à la CNAMTS sur l'enveloppe « aide médicale d'État »

Année	Montant de dettes antérieures à 2000 remboursées
2000	5 946 095,52 €
2001	2 277 823,85 €
2002	64 246 454,08 €
2003	1 329 800,92 €
2004	1 518 325,50 €
2005	549 639,44 €
2006	2 178 376,72 €
Total	78 046 516,03 €

Source : DGAS

Depuis le remboursement important effectué en fin d'année 2002 (grâce aux crédits ouverts en loi de finance rectificative), une partie importante des dettes anciennes dont restait redevable l'État a été apurée. Selon la DGAS, il ne subsisterait des dettes significatives que dans deux DDASS (Paris et Essonne)¹².

¹² Ainsi, l'AP-HP réclame encore à la DDASS de Paris une dette globale de 1 271 213 € au 26 septembre 2006, au titre des années 1988 à 1999 incluses.

V. LES EVACUATIONS SANITAIRES DE MAYOTTE VERS LA REUNION

A. Les évacuations sanitaires des patients non immatriculés à la caisse de sécurité sociale récemment créée à Mayotte sont prises en charge par l'AME

Les patients hospitalisés au centre hospitalier de Mamoudzou nécessitant des soins qui ne peuvent être délivrés sur place sont transférés vers les hôpitaux de la Réunion (principalement le centre hospitalier départemental de Saint-Denis dans 57 % des cas et le centre d'hébergement et de réinsertion sociale de Saint-Pierre pour 26 % des patients). Pour les cas les plus graves, un transfert vers un hôpital de métropole (le plus souvent l'hôpital Necker à Paris) est entrepris.

Pour tous ceux qui ne peuvent faire état d'une couverture sociale (qu'ils soient Français, étrangers en situation régulière ou irrégulière), une prise en charge des frais afférents à cette évacuation sanitaire par l'aide médicale d'État est prévue, sur avis d'une commission médicale sous l'autorité du médecin de santé publique de Mayotte. **La base juridique de ce dispositif apparaît toutefois fragile**, dans la mesure où il s'agit d'un simple télégramme du 6 septembre 1976 de la direction de l'action sociale du ministère de la santé publique, **et mériterait d'être consolidée**.

Selon les données fournies à la mission, 30 % des patients couverts par l'AME pour une évacuation sanitaire sont des enfants de moins de 10 ans, et près de la moitié a moins de 20 ans. Ces patients jeunes sont d'ailleurs le plus souvent accueillis dans une famille d'accueil (rémunérée sur l'enveloppe AME) pendant leur convalescence, avant de rejoindre leur domicile à Mayotte, sur la base d'une convention entre le préfet et l'union départementale des associations familiales. Les soins délivrés relèvent principalement de la pédiatrie, de la chirurgie infantile, de l'urologie, de la neurochirurgie et de l'oncologie.

B. Le coût correspondant, d'une vingtaine de millions d'euros par an, devrait diminuer dans les années à venir

La dépense moyenne annuelle au titre de cette procédure avoisine les 20 M€. Le pic observé en 2002 s'explique par l'insuffisance de crédits délégués en 2000 et 2001 et non par une augmentation sensible du nombre d'évacuations. De même en 2005, 5 M€ de crédits ont été délégués au mois de novembre afin d'apurer les dettes des années antérieures, ce qui a contribué à gonfler artificiellement les dépenses de cette année.

Le nombre de personnes concernées par cette procédure est en diminution ces dernières années, puisqu'il a été plus que divisé par deux depuis 2003. Le nombre d'étrangers est quant à lui passé de 329 en 2003 à 187 en 2005 (respectivement la moitié et les deux tiers du total), sans qu'il soit possible de distinguer la part de ceux qui se trouvaient en situation régulière ou non, la situation administrative n'étant pas un critère pris en compte lors de la décision de prise en charge.

Plusieurs facteurs laissent présager d'une tendance à la baisse des dépenses au titre des évacuations sanitaires prises en charge par l'AME au cours des années à venir :

- la montée en charge des affiliations à la caisse de sécurité sociale de Mayotte pour les Français et les étrangers en situation régulière réduira la population éligible à une prise en charge par l'AME pour une évacuation sanitaire aux seuls étrangers en situation irrégulière ;

- l'introduction de la nécessité de verser une provision pour les non-assurés sociaux désireux de se faire soigner à Mayotte constitue un frein au « tourisme médical » au sein des Comores ;
- l'amélioration du plateau technique des hôpitaux de La Réunion, qui permet de réduire les transferts secondaires vers la métropole (passés de 55 à 31 entre 2004 et 2005 et au nombre de 15 sur les dix premiers mois de l'année 2006), ainsi que de celui du centre hospitalier de Mamoudzou, qui limite les besoins d'évacuations sanitaires.

Tableau 5 : Nombre et dépenses annuelles liées aux évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion

Année	Dépenses liées aux évacuations sanitaires	Nombre de patients ayant fait l'objet d'une évacuation sanitaire	Nombre d'étrangers parmi ces patients
2000	7 923 225 €	ND	ND
2001	5 090 673 €	ND	ND
2002	35 000 692 €	ND	ND
2003	19 188 677 €	620	329
2004	19 953 681 €	579	296
2005	24 245 583 €	290	187
2006 (estimation)	20 000 000 €	200 à 250	ND
Moyenne annuelle	18 771 790 €	-	-

Source : DGAS

La prise en charge des soins délivrés aux 70 000 étrangers en situation irrégulière de Mayotte

Faisant suite à la création le 1^{er} janvier 2003 d'une caisse de sécurité sociale à Mayotte, l'ordonnance du 12 juillet 2004 a mis fin à la gratuité des soins pour les non-assurés sociaux dans l'île. Désormais, les quelque 70 000 étrangers en situation irrégulière de Mayotte doivent en principe payer les soins dont ils bénéficient.

Toutefois, conformément à l'article L. 6416-5 du Code de la santé publique, ils sont aujourd'hui seulement soumis au versement d'une « provision financière » (qui représente environ le quart des tarifs réels des soins et a rapporté autour de 2 M€ en 2005) pour avoir accès au système de santé, selon un barème qui a été fixé par arrêté de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les frais supplémentaires ne sont pas couverts par l'AME, qui n'existe pas à Mayotte, mais par une dotation spécifique versée au centre hospitalier de Mayotte au titre des non-assurés sociaux, qui s'élève à 6,8 M€ pour 2004 et 2005¹³.

En outre, les personnes en situation irrégulière sont dispensées du versement de cette provision si elles disposent de faibles ressources, sont soignées dans un établissement public de santé et sont atteintes d'une affection pour laquelle le défaut de soins entraînerait « une altération grave et durable de l'état de santé » ou relevant de la « lutte contre des maladies transmissibles graves ».

La perspective d'une mise en place de l'AME à Mayotte, qui devrait être envisagée si cette collectivité départementale devient à l'avenir un département d'outre-mer, renforcerait le coût global de l'AME d'au moins 10 M€ et mettrait fin à la logique de participation financière des non-assurés sociaux dans l'île. Elle augmenterait en outre mécaniquement le nombre de bénéficiaires de plusieurs dizaines de milliers de personnes.

¹³ Source : rapport IGAS n°2005-167 de novembre 2005 sur « La prise en charge des patients non-assurés sociaux par le centre hospitalier de Mayotte », présenté par Jean DEBEAUPUIS. Ce rapport évalue à 23 M€ en 2005 le coût total des soins délivrés à des non-assurés sociaux.

Tableau récapitulatif des dépenses des différentes enveloppes et de l'origine de la dette de l'AME au titre de l'AME de droit commun (en €)

Année	Crédits LFI	Crédits LFR	Report de crédits	Fongibilité (apport de crédits FIVA)	Crédits totaux disponibles dans l'enveloppe AME	Dispositif des soins urgents	AME humanitaire	Rétention administrative et garde à vue	Évacuations sanitaires Mayotte	Dettes antérieures à 2000	Crédits versés à la CNAMTS au titre de l'AME de droit commun	Dépenses CNAMTS pour l'AME de droit commun	Dette annuelle	Dette cumulée sur AME de droit commun
2000	75 462 263	0	280 326	0	75 742 589	0	1 634 489	0	7 923 225	5 946 096	62 012 134	113 612 645	51 600 512	51 600 512
2001	53 357 156	7 622 450	441 302	0	61 420 909	0	3 825 845	0	5 090 673	2 277 824	50 272 070	207 772 416	157 500 346	209 100 857
2002	60 980 000	445 000 000	132	0	505 980 132	0	0	0	35 000 692	68 246 454	402 733 971	377 298 594	- 25 435 377	183 665 480
2003	233 480 000	0	15 370 091	0	248 850 091	0	4 184 880	79 938	19 188 677	1 329 801	209 994 880	505 469 820	295 474 940	479 140 420
2004	233 480 000	208 451 208	15 836 264	0	457 767 472	20 000 000	3 360 566	244 754	19 953 681	1 518 326	412 699 060	422 493 415	9 794 355	488 934 775
2005	233 480 000	0	271 578	0	233 751 578	20 000 000	3 329 805	314 048	24 245 583	549 639	185 040 112	376 903 579	191 863 467	680 798 242
2006 (au 30/09)	233 480 000	26 820 000	499 400	2 500 000	263 299 400	20 000 000	1 677 029	96 085	20 000 000	2 178 377	219 346 901	339 620 085	120 273 184	801 071 427

Source : DGAS, CNAMTS et calculs de la mission.

NB : les crédits de la colonne « crédits LFR » sont inscrits à leur année de paiement et non à celle de leur vote.

ANNEXE VIII

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES

La présente annexe reprend, dans un unique tableau, la signification de l'ensemble des sigles, acronymes et abréviations utilisés dans le rapport et ses annexes.

Sigle, acronyme ou abréviation	Signification
AME	Aide médicale d'État
AMG	Aide médicale gratuite
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
AP-HM	Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
BDO	Base de données opérantes
BOP	Budget opérationnel de programme
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CICI	Comité interministériel de contrôle de l'immigration
CMA	Complications et morbidités associées
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Comité national de lutte contre les exclusions
COMEDE	Comité médical des exilés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA	Centre de rétention administrative
CRR	Commission de recours des réfugiés
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DPM	Direction de la population et des migrations
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EPAS	Échantillon permanent d'assurés sociaux
GAV	Garde à vue
GHM	Groupe homogène de malades
INED	Institut national des études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
LFR	Loi de finances rectificative
LRA	Lieu de rétention administrative
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RAME	Refus d'AME
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIAM	Registre national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
SANDIA	Service administratif national d'immatriculation des assurés nés hors métropole et dans les territoires
SNIIR-AM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
TJP	Tarif journalier de prestations

Source : Mission