



### ***Une protection maladie inclusive pour les personnes en précarité : Inclure l'Aide médicale de l'Etat (AME) dans le régime général de la Sécurité Sociale***

En France, en 2017, environ 9 millions de personnes vivent encore au-dessous du seuil de pauvreté (dont 3 millions d'enfants) et ce sont plus de 5 millions de personnes qui n'ont pas fait valoir leurs droits à la santé selon le Fonds CMU-C en 2015.

Ce phénomène est largement dû à la complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs différents, visant pourtant à répondre à des besoins similaires (Aide médicale de l'Etat, régime général de la sécurité sociale, Couverture maladie universelle complémentaire). Les personnes ne comprennent pas ce à quoi elles ont droit et renoncent pour une partie d'entre elles à se soigner. Les professionnels en sont parfois conduits à refuser les soins aux personnes en précarité, pour ne pas avoir à assumer une charge administrative supplémentaire.

Les personnes voient alors leur état de santé se dégrader et n'accèdent aux soins que lorsqu'il est déjà trop tard, générant des souffrances supplémentaires pour elles et des coûts de prise en charge bien supérieurs pour la société.

**La réduction des inégalités de santé, l'impératif de prévention, la lutte contre le non recours aux droits et les renoncements aux soins** sont souvent annoncées comme des priorités de l'action publique. La simplification administrative est aussi affirmée comme un des éléments clés à favoriser pour améliorer l'égalité de l'accès aux droits et aux soins.

Pour réussir ces changements importants, il est nécessaire de rendre réellement effectif l'accès au système de santé des personnes vivant en France, de manière simplifiée et continue, en mettant fin aux régimes spécifiques. La fusion des dispositifs d'accès aux droits de santé au sein du régime général de la sécurité sociale et l'accès de tou.te.s à une complémentaire santé est une réforme incontournable pour atteindre effectivement ces objectifs. **Cette réforme ne serait pas fondamentalement nouvelle et est tout à fait réalisable : jusqu'aux lois dites Pasqua de 1993 l'accès à l'assurance maladie n'était subordonné à aucune condition de régularité du séjour<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration. Voir DDD, 2016, p.190.

Cette proposition est de plus partagée par de nombreuses institutions, qui recommandent depuis plusieurs années d'inclure l'AME dans le régime général de sécurité sociale (dont l'IGAS et l'IGF, le Défenseur des droits). Récemment, l'Académie nationale de médecine, le 20 juin 2017, a dans son rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » préconisé cette même fusion des dispositifs.

Tout récemment, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le **Défenseur des droits Jacques Toubon réaffirmait son soutien à cette réforme**, et la **Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale** votait à l'unanimité un amendement demandant un rapport du gouvernement au parlement sur la « *mise en œuvre de l'intégration [de l'AME] dans l'assurance maladie et de l'accès pour tous à une complémentaire santé pour les plus précaires* », montrant par là son **intérêt pour une telle réforme**. Cet amendement ne sera pas retenu, notamment au motif que notre système de sécurité sociale serait fondé sur des contributions obligatoires des assurés, contrairement au principe social ou humanitaire de l'AME. Or **notre système n'oppose pas assurance, ou principe contributif, et solidarité** : les personnes relevant de la CMU-C bénéficient de cette couverture sans contribuer, et avec la réforme de la Protection universelle maladie de nombreuses autres franges de la population sont intégrées, selon le principe de solidarité, à l'assurance maladie.

**Intégrer les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de sécurité sociale est une évolution essentielle dans un souci de santé publique, éthique, de simplification, et d'économie.**

Celle-ci doit s'inscrire dans une approche globale de facilitation de l'accès aux droits pour les personnes les plus fragiles, incluant des mesures facilitant notamment l'accès à la complémentaire pour les personnes en situation de pauvreté.

## **1. Intégrer l'AME dans le régime général : une réforme nécessaire en matière de santé publique et sur le plan éthique**

- **Les bénéficiaires de l'AME sont des personnes en grande précarité** (revenu inférieur à 720 euros par mois) **exposées à des risques de santé en raison de leurs conditions de vie** (hébergement précaire, ressources, insalubrité, vie à la rue, précarité énergétique). Selon les pays d'origine, on observe aussi une prévalence plus élevée chez les migrants que dans le reste de la population de certaines infections sexuellement transmissibles et pathologies liées à la précarité<sup>2</sup>. Or, en raison de difficultés financières et parce que l'aide sociale qu'est l'AME ne permet pas de couvrir tous les besoins vitaux en santé, les bénéficiaires de l'AME ont un accès plus tardif aux soins.<sup>3</sup> La couverture maladie est un filet de sécurité pour les plus démunis qui profite à l'ensemble des personnes qui résident en France en évitant que l'état de santé des plus précaires ne se dégrade.
- **La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce des maladies, notamment des maladies chroniques et des maladies infectieuses sont des enjeux majeurs de santé publique** face à la recrudescence de maladies de la précarité comme la tuberculose, la gale,

<sup>2</sup> <https://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

<sup>3</sup> <https://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

- mais aussi aux défis de la lutte contre le VIH et les hépatites ; cela passe par l'accès facilité à un parcours de soins permettant une prise en charge précoce **de l'ensemble de la population**
- L'intégration de l'AME dans le régime général favoriserait l'accès à la médecine de ville, essentielle pour le dépistage et le traitement précoce des maladies chroniques, et viendrait limiter la convergence vers les services d'urgence hospitaliers. Un malade chronique qui n'a pas accès à son traitement subit des conséquences sanitaires qui aggravent la morbi-mortalité et sont plus coûteuses pour la collectivité. **Pour éviter la convergence hospitalière il faut favoriser un accès précoce aux soins primaires.**
  - Les bénéficiaires de l'AME ont accès plus tardivement et plus difficilement à cette prestation d'aide sociale. La **complexité** des démarches concernant l'AME est soulignée par le Défenseur des droits comme un **frein majeur, facteur de renoncement aux droits et aux soins, ainsi que de refus de soins.**
  - Il **n'est pas acceptable sur le plan éthique d'attendre une urgence vitale pour pouvoir soigner** une personne. En octobre 2017 le Conseil consultatif national d'éthique dans son avis « *Santé des migrants et exigence éthique* » soulignait qu'il faut « *demeurer attentif à la tentation d'instaurer un circuit de prise en charge distinct des conditions de droit commun, ce qui représenterait une réelle discrimination* » et pose comme « *exigence éthique [...] l'accueil et la prise en compte des personnes migrantes [...] par le système de soins.* »<sup>4</sup> **L'Académie nationale de médecine** en juin dernier soulignait aussi dans son rapport « *Précarité, pauvreté et santé* » que « *créer un système de santé spécifique pour les précaires contribuerait à instituer une médecine à deux vitesses* ». <sup>5</sup>

## **2. Intégrer l'AME dans le régime général : un choc de simplification administrative, un avantage pour les finances publiques**

Le dispositif séparé et complexe de l'AME est la cause du non-recours aux droits : dans leur rapport de 2010 sur l'AME<sup>6</sup>, l'IGAS et l'IGF soulignaient que « plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle d'un renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à la protection sociale ». La **complexité des démarches** est notamment soulignée par le Défenseur des Droits en 2014<sup>7</sup> comme étant un **frein majeur à l'ouverture et au renouvellement des droits**. Elle augmente les délais de traitements des dossiers, les risques de rupture de droits (l'AME est ouverte pour un an) et de renoncement aux droits potentiels par les personnes.

### **Un choc de simplification administrative**

- **La fusion des dispositifs de l'AME et du régime général de la sécurité sociale permettrait un accès aux droits simplifié pour tous et éviterait une approche spécifique et stigmatisante**

<sup>4</sup> [http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne\\_avis\\_127\\_sur\\_la\\_sante\\_des\\_migrants\\_0.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf)

<sup>5</sup> <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>

<sup>6</sup> Inspection générale des Affaires Sociales / Inspection Générale des finances – Rapport de décembre 2010, Alain Cordier et Frédéric Salas : *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale de l'Etat*.

<sup>7</sup> Le défenseur des droits « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et de l'AME » Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

- pour les plus précaires et les étrangers.** Fusionner les dispositifs consoliderait le droit à la santé pour tous.
- **Elle faciliterait le travail des professionnels de santé, du social et des caisses d'assurance maladie qui traitent ces demandes en devant appliquer des règles complexes et différentes pour des populations aux profils similaires.**  
L'existence de dispositifs différents, avec des règles différentes, induit des ruptures de droit pour les personnes qui passent d'un statut à l'autre.  
Pour les différentes CPAM, elle implique également l'existence de services distincts avec des personnels formés différemment. Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte vitale et les professionnels de santé doivent faire des démarches administratives plus lourdes que pour les détenteurs de carte vitale, qui sont parfois prétextes à des refus de soins. **Simplifier ces démarches et éviter la stigmatisation c'est aussi lutter contre le refus de soins.**

#### **Un avantage pour les finances publiques**

Aujourd'hui le budget annuel de l'AME de droit commun s'élève à 882 millions d'euros par an (PLF2018). Cette somme représente 0,46% des dépenses d'assurance maladie santé en France<sup>8</sup>. Menacer ce dispositif, y ajouter des conditions ou demander sa suppression relève donc essentiellement d'une vision idéologique et d'un choix politique qui instrumentalisent les dépenses de santé pour les plus précaires.

#### **Faciliter l'accès aux soins par un meilleur accès aux droits, permet d'éviter des surcoûts liés aux retards des soins et protège l'hôpital :**

- Le coût de la prise en charge d'une maladie qui atteint le stade de l'urgence est beaucoup plus élevé que celui de son traitement au long cours : **plus on tarde à soigner une pathologie , plus les traitements seront lourds, donc coûteux**, comme le montrent plusieurs études en France et en Europe. Selon une étude menée dans 3 pays européens, les économies vont de 9 à 69% selon les pathologies et les pays<sup>9</sup>.
- Les hôpitaux des zones les plus touchées par la précarité, qui aujourd'hui soignent de nombreux bénéficiaires de l'AME, bénéficieront d'une simplification du traitement administratif de ces personnes pour couvrir ces frais par l'assurance maladie.

**En outre, la possibilité d'une sécurité sociale contributive** pour les étrangers dont les revenus dépassent le plafond de ressources n'existe pas aujourd'hui ; elle le deviendrait si les systèmes sont fusionnés.

### **3. Mettre fin à l'instrumentalisation politique d'une mesure de santé**

**De nombreuses institutions se sont prononcées pour intégrer l'AME dans la sécurité sociale :** le Conseil économique et social (2003), plusieurs rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des finances (2007 et 2010), le Conseil national du sida, le Conseil national de

---

<sup>8</sup> Budget de l'AME rapporté à l'ONDAM 2018.w

<sup>9</sup> FRA : *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation*, 2015. Voir aussi : M.Guillon, M.Celse, P.Y.Geoffard : *Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France*, *European journal of health economic*, mars 2017.

politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (2017).

En mars 2014, dans son rapport sur « *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME* » puis celui sur les droits fondamentaux des étrangers en France, le **Défenseur des droits** recommande que « *la dualité des dispositifs CMU/AME – aujourd'hui PUMa/AME – soit reconsidérée de façon à simplifier les modalités d'intervention des CPAM, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME<sup>7</sup>* ».

Plus récemment, **l'Académie nationale de médecine, le 20 juin 2017**, a dans son rapport intitulé « *Précarité, pauvreté et santé* » préconisé cette même fusion des dispositifs<sup>10</sup>.

**L'accès à la santé relève des droits inaliénables qui protègent la dignité de tout être humain.** Le bien-être d'une société dépend de l'état de santé de tous, quel que soit leur statut ; une société moderne doit savoir protéger les plus en difficulté. Il convient de cesser d'instrumentaliser un outil qui concourt au respect de ce droit fondamental pour en faire un argument purement idéologique fondé sur le rejet des étrangers. Selon le **Comité consultatif national d'éthique**, présidé par **Jean-François Delfraissy**, la santé « *ne peut en aucun être instrumentalisée. [...] Une mauvaise condition sanitaire ne saurait en aucun cas être recherchée ou maintenue comme outil d'une politique de découragement puis de refoulement.* »<sup>11</sup>.

L'exclusion du droit commun d'une partie de la population fragilise l'ensemble. **Intégrer l'AME dans le régime général de la sécurité sociale lèverait la menace annuelle qui pèse sur cette prestation sociale.** En effet, l'accès aux soins des plus précaires est remis en question tous les ans quand le budget de l'AME est examiné à part de la loi de finance de la sécurité sociale, et son existence est menacée à chaque échéance électorale. **Cela entérinerait de manière enfin pérenne l'universalité de l'accès aux soins.**

#### **4. Rendre plus accessible la complémentaire santé : un outil de lutte contre le non-recours aux droits et aux soins**

Simplifier les prestations impliquerait donc d'intégrer les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat dans l'Assurance maladie et leur permettre l'accès à la complémentaire santé (CMU-C), primordiale pour une couverture intégrale de leurs soins.

Il convient donc de poursuivre les efforts pour lutter contre les nombreux freins à l'obtention d'une couverture maladie complémentaire chez les personnes en situation de précarité, en :

- Relevant le seuil de la CMU-C au moins au niveau des minimas sociaux, idéalement au niveau du seuil de pauvreté<sup>12</sup>, afin de simplifier l'accès à la complémentaire pour les personnes en précarité par le biais de la CMU-C. .

---

<sup>10</sup> ibid.

<sup>11</sup> CCNE ibid.

<sup>12</sup> Plafond de ressources pour la CMU-C et l'AME : 721 euros pour une personne seule. Montant de l'AAH : 808 euros. Taux de pauvreté à 60% du revenu median : 840 euros. Plafond pour de ressource pour l'ACS : 973 euros.

- Relevant le seuil de l'ACS à un niveau suffisant pour permettre aux ménages en situation de précarité (contrats précaires, travailleurs pauvres...) de bénéficier d'une complémentaire sans impact trop lourd sur leur reste à vivre.
  - Rendant le droit à la CMU-C et à l'ACS pluriannuel afin de réduire le non-recours, dû notamment à la nécessité de renouveler ce droit tous les ans.
- 

## **Contacts**

Fédération des Acteurs de la Solidarité : Marion Quach-Hong, chargée de mission santé et études

[marion.quach-hong@federationsolidarite.org](mailto:marion.quach-hong@federationsolidarite.org)

Médecins du Monde : Nathalie Godard, responsable du pôle expertise des opérations en France

[nathalie.godard@medecinsdumonde.net](mailto:nathalie.godard@medecinsdumonde.net)

UNIOPSS : Laurie Fradin, conseillère technique santé

[lfradin@uniopss.asso.fr](mailto:lfradin@uniopss.asso.fr)