

**RAPPORT SUR L'EVOLUTION DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT**

*Rapport présenté par :*

*Blanche GUILLEMOT et François MERCEREAU  
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n° 2003 022  
Février 2003*

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'expliquer les déterminants de la forte progression des dépenses de l'aide médicale de l'Etat (AME) constatée depuis 2000, d'en prévoir l'évolution et de « proposer les mesures d'urgence, ou à plus long terme, propres à maîtriser cette augmentation des dépenses ».

Réformée en application de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), l'AME constitue désormais la couverture maladie des étrangers résidant en France sans remplir la condition de stabilité et de régularité du séjour exigée pour l'admission à la CMU. Elle est accordée sous conditions de ressources, le plafond étant identique au plafond CMU. Accessoirement, elle permet, sur décision ministérielle, des admissions individuelles en faveur de personnes, françaises ou étrangères, qui ne résident pas en France (AME dite « humanitaire »). Les caisses primaires d'assurance maladie sont chargées de l'admission des bénéficiaires et du service des prestations. Les dépenses engagées au titre de l'AME sont arrêtées trimestriellement par la CNAMTS et remboursées par l'Etat.

Les prestations sont remboursées aux professionnels de santé à hauteur des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'AME ne faisant pas l'avance des frais. Elles varient selon l'ancienneté de la résidence en France : les étrangers résidant en France depuis moins de trois ans ont accès aux seuls soins hospitaliers, l'accès aux soins de ville étant réservé aux étrangers résidant depuis plus de trois ans. La loi de finances rectificative adoptée en décembre 2002 a instauré un ticket modérateur payable par les bénéficiaires, dans un plafond à déterminer par décret ; et mis fin à la condition de trois ans d'ancienneté de résidence pour accéder aux soins de ville.

### ***1. La forte augmentation des dépenses et du nombre de bénéficiaires***

Les dépenses facturées par la CNAMTS sont en très forte augmentation : elles passent de 113,6 MT pour l'année 2000 à 207,8 MT pour 2001 et 283,2 MT pour les trois premiers trimestres 2002. Les crédits inscrits en lois de finances initiales ont largement sous-estimé cette progression (75 MT en 2000, 53 MT en 2001 et 61 MT en 2002), rendant nécessaire l'intervention d'un collectif budgétaire à l'été 2002 à hauteur de 445 MT.

Les effectifs sont également en progression rapide et passent, après rectification des données par la mission, de 72.600 fin décembre 2000 à 153.600 fin septembre 2002, soit un doublement en 21 mois. Les bénéficiaires sont concentrés en région parisienne (73 %) ; leur moyenne d'âge est jeune (30 ans) et comparable à celle des bénéficiaires de la CMU (27 ans).

La dépense moyenne par bénéficiaire estimée par la mission après reconstitution des dépenses en date de soins est élevée (2995 T en 2001). Elle est supérieure à la prestation moyenne des bénéficiaires de la CMU en 2000 (1953 T) et à celle des assurés du régime général (1504 T en moyenne, et 1071 T à structure d'âge et de sexe comparable aux bénéficiaires de la CMU). Ce montant élevé est en ligne avec celui des anciennes aides médicales. Il s'explique par l'état de santé d'une partie des bénéficiaires, par l'importance des dépenses hospitalières (78 % des dépenses) et par la facilité avec laquelle des non-résidents peuvent accéder aux soins hospitaliers et les faire prendre en charge par l'AME.

Les prévisions indiquent que les 233 MT inscrits en loi de finances pour 2003 seront insuffisants. L'évolution des effectifs montre en effet une inflexion mais pas encore une stabilisation. Il est difficile de prévoir quel est l'effectif à partir duquel on peut considérer que le dispositif arrive au terme de sa montée en charge, d'une part car les flux d'arrivée et de départ des étrangers sans titre de séjour ne sont pas connus et d'autre part car la situation régulière ou non vis à vis du séjour des personnes concernées est évolutive.

## **2. Les explications**

Indépendamment de l'évolution du nombre de personnes étrangères sans titre de séjour présentes sur le territoire qui n'est ni connue ni prévisible, la forte augmentation des dépenses et des effectifs peut s'expliquer par trois facteurs.

### ➤ La transition vers la nouvelle aide médicale de l'Etat

Au cours de l'année 2000, la transition entre l'ancien régime d'aide médicale et la nouvelle AME a été lente. Le paiement des soins hospitaliers des années 2000 et 2001 a pris du retard, notamment en région parisienne, entraînant une augmentation des dépenses facturées en 2002. Cet effet n'est pas entièrement résorbé puisqu'au 31 décembre 2002, il restait 152,2 M€ de prestations hospitalières à payer par les CPAM d'Ile de France. Par ailleurs, l'Etat continue de payer des dettes au titre de l'ancienne AME (à hauteur de 130 M€ sur la période). Enfin, si la réforme n'a changé ni le champ des bénéficiaires ni les prestations prises en charge, elle a permis d'améliorer l'accès à l'AME, accès qui était de facto plus restrictif auparavant.

### ➤ Les conditions d'application de la loi

L'ouverture des droits est largement simplifiée et déclarative. Les pièces justificatives demandées sont souvent peu probantes ou remplacées par des déclarations sur l'honneur. L'accès immédiat à certains guichets ne permet pas de garantir des sécurités suffisantes dans l'instruction des dossiers. En outre il n'existe pas de modèle national d'attestation de droits et les attestations locales ne sont pas sécurisées. Les contrôles a posteriori ont une efficacité limitée, car le tiers payant rend inopérant le rappel d'une attestation déjà délivrée.

D'autre part, l'accès aux soins de ville est possible sans durée de résidence pour les  $\frac{3}{4}$  des bénéficiaires. Les circulaires d'application ont en effet prévu cette exception pour les enfants ; et deux conventions locales ont mis fin à cette condition à Paris et en Seine Saint Denis (55 % des bénéficiaires).

Enfin, l'AME sert de couverture transitoire pour des personnes en voie de régularisation qui pourraient être affiliées à la sécurité sociale. A l'inverse, lorsqu'il est mis fin à la régularité du séjour, le maintien des droits, lorsqu'il est prévu (pour les régimes autres que la CMU) n'est pas toujours mis en œuvre, or l'AME devrait dans ce cas intervenir pour la seule part complémentaire.

➤ L'admission de non-résidents

Les non-résidents peuvent bénéficier, sur décision ministérielle, de l'AME à titre humanitaire. Sur les 1000 dossiers reçus par an à ce titre par la DGAS, la grande majorité (70 %) concernent des demandes de prise en charge a posteriori de frais hospitaliers engagés pendant la période de validité du visa. Les instructions données pour traiter ces cas ont ouvert la possibilité d'octroyer l'AME de « droit commun » au niveau local, sur simple déclaration d'intention de résider en France. La distinction entre un étranger de passage et un étranger résident est donc rendue inopérante.

Par ailleurs, le ministère des affaires étrangères a décidé en décembre 2002 de mettre fin à la procédure centralisée d'instruction des visas médicaux, en la renvoyant aux postes consulaires. Or cette procédure permettait de garantir, avant l'arrivée sur le territoire, la prise en charge des frais hospitaliers soit par l'intéressé, soit par son organisme de protection sociale, assortie du versement de provisions.

### 3. Propositions

L'AME répond à un double objectif, humanitaire et sanitaire. Les conséquences budgétaires qui en résultent n'ont pas été tirées jusqu'à l'été 2002, d'où les crédits supplémentaires et les mesures législatives récentes.

La volonté de maîtriser cette dépense appelle, selon la mission, une réponse en deux temps : dans l'immédiat, il est possible de mieux contrôler le dispositif. Dans un deuxième temps, la mission présente des hypothèses de réforme qui supposent l'intervention du législateur.

➤ Dans l'immédiat, mieux contrôler le dispositif

L'ouverture du droit à l'AME doit permettre de vérifier que le demandeur remplit effectivement les conditions de résidence et de ressources posées par le législateur. Les justificatifs demandés doivent avoir une valeur probante, notamment pour l'identité, le domicile et la résidence en France (passeport avec visa, ou document administratif établissant des démarches n'ayant pas abouti). Il convient également de mettre fin à l'admission immédiate à des guichets spécialisés AME, et de banaliser la procédure en la confiant aux guichets traditionnels des caisses afin d'améliorer les moyens d'instruction (vérification systématique des droits antérieurs et interrogation des gestionnaires d'autres

fichiers comme l'assurance chômage ou l'assurance vieillesse). Les attestations immédiates doivent être réservées aux soins d'urgence.

L'attestation de droits doit être sécurisée par un modèle national unique, sur papier non photocopiable, avec la photographie du bénéficiaire. Il n'est pas possible en l'état de délivrer une carte Vitale aux bénéficiaires de l'AME car les identifiants sont différents et les droits y figurant ne sont pas limités dans le temps.

Enfin, il convient d'améliorer le pilotage du dispositif : il est nécessaire que la CNAMTS détaille les dépenses en année de soins et harmonise la façon dont les CPAM ventilent ces dépenses. Un point régulier sur les prestations restant à payer doit être réalisé, auprès des principales caisses et auprès de l'AP-HP. S'agissant des bénéficiaires il faudrait construire un outil statistique permettant de connaître leur structure d'âge et de sexe au niveau national, et suivre la structure de leur consommation de soins de manière fine. Au niveau local, les CPAM devraient intégrer les bénéficiaires de l'AME dans les programmes de gestion du risque qu'elles mènent sur la consommation de soins par les assurés sociaux ; et diligenter davantage de contrôle en cas de fraude avérée.

➤ Envisager des réformes législatives

Les réformes qui nécessitent l'intervention du législateur posent des questions de principe : Faut-il instaurer un délai avant d'accéder aux droits complets à l'AME ? Faut-il instaurer une hiérarchie des droits entre les assurés sociaux et les bénéficiaires de l'AME, pour définir des règles de maintien de droits, des soins remboursables ou des modes d'accès à l'offre de soins spécifiques ?

Parce que ces questions n'appellent pas de réponse simple, et parce que la mission n'a pas compétence pour trancher, elle propose pour chacune d'entre elles plusieurs options.

La première question renvoie à la nécessité de réserver l'AME aux résidents stables et d'éviter la prise en charge d'étrangers de passage sur le territoire national. Deux solutions alternatives peuvent être envisagées à cette fin :

- soit le bénéfice de l'AME est soumis à une durée minimale de résidence, identique par exemple à celui de la CMU (trois mois) ;
- soit l'accès à l'AME est rendu possible après un délai d'attente fixé par le législateur.

Lorsque la condition de résidence n'est pas remplie, ou que le délai d'attente n'est pas écoulé, des prises en charge ponctuelles pourraient être délivrées en cas de nécessité de soins. Une fois la condition remplie, il serait souhaitable de prévoir la possibilité de prononcer l'admission à l'AME pour une durée inférieure à un an, pour les cas particuliers où subsiste un doute quant à la réalité de la résidence en France. Enfin, la possibilité de subordonner la délivrance des visas de court séjour à l'existence d'un contrat d'assistance couvrant le rapatriement sanitaire et les hospitalisations urgentes pourrait être étudiée, en portant cette question au niveau européen puisque la réglementation des visas est communautaire.

La question du maintien des droits en cas de refus de séjour doit être clarifiée :

- ou bien le législateur tire les conséquences du fait que l'affiliation à la sécurité sociale suppose la régularité du séjour, et supprime le maintien des droits lorsque cette condition n'est plus remplie (quel que soit le régime concerné) ;
- ou bien la règle du maintien des droits subsiste et l'AME ne doit intervenir que pour la part complémentaire.

S'agissant des soins remboursables, l'AME ouvre droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, en application des tarifs de responsabilité, sous réserve d'un ticket modérateur plafonné à venir. Dans l'hypothèse où une liste minimale de prestations complémentaires au régime de base viendrait à être définie pour les assurés sociaux, la liste des prestations de l'AME pourrait être réexaminée :

- soit l'on considère que toutes les personnes résidant en France ont accès au même panier de soins, auquel cas les prestations de l'AME resteraient les mêmes que celles des assurés sociaux ;
- soit l'on considère que la situation particulière des bénéficiaires de l'AME justifie un panier de soins différent ; les prestations prises en charge seraient alors une partie du cadre défini pour les assurés sociaux. La question peut se poser par exemple pour les actes et produits hors nomenclatures, ou pour ceux destinés au traitement de troubles ou affections sans caractère habituel de gravité. De même les cas de dispense d'avance de frais pourraient être limités et des ententes préalables spécifiques mises en œuvre.

Enfin, s'agissant des modes d'accès à l'offre de soins, la réforme adoptée en décembre 2002 met fin à la limitation de l'accès aux soins de ville en fonction de l'ancienneté de la résidence. Là encore, deux options sont possibles :

- soit l'on considère que les modes d'accès à l'offre de soins doivent être identiques pour les bénéficiaires de l'AME et pour les assurés sociaux ;
- soit l'on considère que des formes spécifiques d'encadrement de l'accès aux soins de ville peuvent être mises en œuvre pour les bénéficiaires de l'AME.

Selon cette deuxième option, deux hypothèses d'encadrement sont présentées. Selon la première, les bénéficiaires de l'AME choisiraient de s'adresser à un réseau de professionnels de santé. Selon la seconde hypothèse, chaque bénéficiaire de l'AME s'abonnerait auprès d'un médecin, d'un pharmacien, d'un centre de santé et d'autres professionnels « prescrits ». Dans les deux cas, ces professionnels appliqueraient les tarifs conventionnels et seraient leurs interlocuteurs de référence, auprès desquels ils bénéficieraient de la dispense d'avance de frais et de la prise en charge ou non du ticket modérateur.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE I - LE CONSTAT .....</b>	<b>5</b>
1.1 L' AUGMENTATION TRÈS RAPIDE DES DÉPENSES .....	5
1.1.1 <i>Les données en date de paiement.....</i>	5
1.1.2 <i>La reconstitution en dates de soins.....</i>	6
1.1.3 <i>Structure par catégorie de soins.....</i>	7
1.2 LA FORTE PROGRESSION DE L' EFFECTIF DES BÉNÉFICIAIRES .....	7
1.2.1 <i>La méconnaissance du point de départ.....</i>	7
1.2.2 <i>L'effectif a plus que doublé en 21 mois .....</i>	8
1.2.3 <i>La concentration géographique est très forte.....</i>	9
1.2.4 <i>Les bénéficiaires sont jeunes .....</i>	9
1.3 LA PRESTATION MOYENNE.....	10
1.3.1 <i>Estimation de la dépense moyenne par bénéficiaire.....</i>	10
1.3.2 <i>Comparaison avec les données disponibles sur la CMU et les assurés du régime général, et l'ancienne aide médicale départementale.....</i>	10
1.3.2.1 <i>La dépense moyenne est plus élevée que celle des bénéficiaires de la CMU et des assurés sociaux .....</i>	10
1.3.2.2 <i>Cet écart s'explique par l'importance de la part hospitalière.....</i>	12
1.3.3 <i>Eléments sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME.....</i>	14
1.3.3.1 <i>Le retard au recours aux soins .....</i>	15
1.3.3.2 <i>La précarité des conditions de vie .....</i>	15
1.3.3.3 <i>La présence de pathologies graves .....</i>	16
1.4 LES PRÉVISIONS .....	17
1.4.1 <i>Les hypothèses.....</i>	17
1.4.2 <i>Les résultats à législation constante.....</i>	18
1.4.3 <i>L'effet des mesures législatives adoptées en décembre 2002 .....</i>	18
1.4.4 <i>Perspectives à moyen terme.....</i>	19
<b>PARTIE II - LES EXPLICATIONS.....</b>	<b>20</b>
2.1 LES FACTEURS LIÉS À LA TRANSITION VERS LA NOUVELLE AME.....	20
2.1.1 <i>La mise en place de l'aide médicale rénovée a été lente.....</i>	20
2.1.1.1 <i>Les difficultés rencontrées au début 2000 .....</i>	20
2.1.1.2 <i>L'hébergement temporaire d'aide médicale départementale dans la CMU .....</i>	21
2.1.2 <i>La réforme de 1999 a permis d'améliorer l'accès à l'AME.....</i>	21
2.1.2.1 <i>L'ancienne aide médicale départementale était plus restrictive dans les faits .....</i>	21
2.1.2.2 <i>La notoriété de la réforme .....</i>	22
2.1.3 <i>Le paiement des soins hospitaliers a pris du retard .....</i>	22
2.1.4 <i>L'Etat continue de rembourser depuis 2000 des dettes relevant de l'ancienne AME. ....</i>	23
2.2 LES FACTEURS LIÉS AUX CONDITIONS D'APPLICATION DE LA LOI.....	24
2.2.1 <i>L'ouverture des droits est largement simplifiée et déclarative.....</i>	24
2.2.1.1 <i>Les déclarations sur l'honneur.....</i>	25
2.2.1.2 <i>La réalité du domicile.....</i>	26
2.2.1.3 <i>L'appréciation des ressources.....</i>	26
2.2.1.4 <i>La possibilité d'admission immédiate à certains guichets .....</i>	28
2.2.1.5 <i>Les limites du contrôle a posteriori .....</i>	29
2.2.1.6 <i>L'absence d'attestations de droits sécurisée .....</i>	30
2.2.2 <i>L'accès aux soins de ville est possible dans certains cas sans durée de résidence .....</i>	30
2.2.2.1 <i>Les enfants sur tout le territoire.....</i>	30
2.2.2.2 <i>L'ensemble des bénéficiaires à Paris depuis 2000 et en Seine Saint Denis depuis mai 2002 .....</i>	30
2.2.2.3 <i>Situation au 30 septembre 2002.....</i>	31

2.2.3	<i>Les difficultés d'articulation de l'AME avec la CMU ou d'autres régimes de sécurité sociale conduisent à majorer le nombre de bénéficiaires de l'AME</i> .....	32
2.2.3.1	L'admission à titre transitoire de personnes qui pourraient bénéficier de la CMU ou d'un autre régime de sécurité sociale.....	32
2.2.3.2	L'intervention de l'AME à titre partiel en cas de maintien des droits aux régimes de sécurité sociale est rarement utilisée.....	33
2.3	L'ADMISSION DES NON-RÉSIDENTS .....	34
2.3.1	<i>La frontière entre l'AME de droit commun et l'AME à titre humanitaire, fondée sur la notion de résidence, est inopérante</i> .....	34
2.3.1.1	Le problème posé par l'appréciation du critère de résidence pour les personnes arrivées récemment en France .....	34
2.3.1.2	La gestion actuelle des demandes d'AME à titre humanitaire.....	36
2.3.2	<i>La suppression de la procédure centralisée de délivrance des visas médicaux récemment décidée par le ministère des affaires étrangères peut élargir le risque de prise en charge par l'AME de non-résidents</i> .....	36
	<b>PARTIE III - LES PROPOSITIONS .....</b>	<b>39</b>
3.1	DANS L'IMMÉDIAT, MIEUX CONTRÔLER LE DISPOSITIF.....	40
3.1.1	<i>Mieux contrôler l'ouverture des droits</i> .....	40
3.1.1.1	Demander davantage de justificatifs probants .....	40
3.1.1.2	Banaliser la procédure d'admission à l'AME.....	41
3.1.2	<i>Sécuriser l'attestation de droits</i> .....	42
3.1.3	<i>Améliorer le pilotage et le contrôle du dispositif</i> .....	43
3.1.3.1	Au niveau national.....	43
3.1.3.2	Au niveau local.....	44
3.2	ENVISAGER DES RÉFORMES LÉGISLATIVES.....	45
3.2.1	<i>Réserver l'AME aux résidents stables</i> .....	45
3.2.1.1	Prévoir une durée de résidence minimale ou un délai d'attente.....	45
3.2.1.2	Prévoir la possibilité d'admissions de courte durée.....	46
3.2.1.3	Mieux distinguer la couverture des soins des étrangers non résidents et l'aide humanitaire .....	46
3.2.2	<i>Mieux définir les soins remboursables</i> .....	48
3.2.2.1	Régler la question du maintien des droits en cas de refus du séjour.....	48
3.2.2.2	Réexaminer la liste des prestations.....	48
3.2.2.3	Encadrer l'offre de soins .....	49
3.2.2.4	Instituer des plafonds de garanties ?.....	50
3.2.2.5	Limiter les cas de dispense d'avance des frais.....	51
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
	<b>ANNEXES</b>	



## INTRODUCTION

### 1. Présentation de la mission

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'expliquer les déterminants de la forte progression des dépenses de l'aide médicale de l'Etat (AME) constatée depuis 2000, d'en prévoir l'évolution et de « proposer les mesures d'urgence, ou à plus long terme, propres à maîtriser cette augmentation des dépenses »<sup>1</sup>.

Par lettre du 24 septembre 2002, Mme Blanche Guillemot et M. François Mercereau ont été désignés pour effectuer cette mission. Les investigations se sont déroulées au quatrième trimestre 2002 et ont porté sur 4 Départements totalisant les 2/3 des effectifs des bénéficiaires : Paris, Hauts de Seine, Seine-Saint-Denis et Hérault. Dans chacun d'entre eux, ont été vus les caisses primaires et leurs centres chargés de l'AME, des établissements hospitaliers, ainsi que les DDASS. Ces contacts ont été complétés, à l'échelon central, par des rencontres avec les directions d'administration centrale (DGAS, DPM), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et le ministère des affaires étrangères<sup>2</sup>. Environ 200 dossiers d'admission et 400 factures de prestations ont été examinés. La mission a également interrogé les conseillers sociaux du Royaume Uni, d'Allemagne et des pays nordiques pour disposer de quelques éléments de comparaison<sup>3</sup>. En revanche, la situation particulière des évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion (15 M€ en 2001), également imputées sur les crédits de l'AME, n'a pas pu être examinée dans le temps imparti.

### 2. Présentation de l'aide médicale de l'Etat

Réformée en application de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), l'aide médicale de l'Etat constitue désormais la couverture maladie des étrangers résidant en France sans remplir la condition de stabilité et de régularité du séjour exigée pour l'admission à la CMU. Son octroi est soumis à condition de ressources<sup>4</sup>. Accessoirement, elle permet, sur décision ministérielle, des admissions individuelles en faveur de personnes, françaises ou étrangères, qui ne résident pas en France (AME dite « humanitaire »).

La réforme de 1999, appliquée comme la CMU le 1<sup>er</sup> janvier 2000, n'a changé ni le champ des bénéficiaires couverts ni l'étendue des prestations prises en charge. Elle a en revanche unifié la situation des étrangers en situation irrégulière : auparavant, ceux

---

<sup>1</sup> Cf. lettre de mission en annexe 1.

<sup>2</sup> Cf. liste des personnes rencontrées en annexe 2.

<sup>3</sup> Les réponses sont présentées en annexe n°7.

<sup>4</sup> Le plafond de ressources est le même que celui de la CMU complémentaire.

qui n'avaient pas de domicile fixe relevaient de l'aide médicale de l'Etat et les autres de l'aide médicale départementale. Elle a également changé le guichet, les caisses primaires d'assurance-maladie devenant l'interlocuteur unique pour l'admission et le service des prestations. Les dépenses engagées au titre de l'AME sont remboursées par l'Etat à la CNAMTS, sur le chapitre 46-82-20.

Les prestations prises en charge varient selon l'ancienneté de la résidence en France :

- les étrangers résidant en France depuis moins de trois ans ont accès aux seuls soins hospitaliers (y compris aux consultations externes et aux prescriptions ordonnées à l'hôpital)
- les étrangers résidant depuis plus de trois ans ont accès aux soins de ville et aux soins hospitaliers.

Les bénéficiaires de l'AME ne font pas l'avance des frais ; les dépenses prises en charge sont remboursées aux professionnels de santé à hauteur des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

Ces modalités de prise en charge des prestations ont été réformées lors du vote de la loi de finances rectificative en décembre 2002, qui prévoit :

- l'instauration d'un ticket modérateur payable par les bénéficiaires, dans un plafond à déterminer par décret ;
- la suppression de la condition de trois ans d'ancienneté de résidence pour accéder aux soins de ville.

Le rapport présente les constats de la mission (I), les explications qui peuvent en être données (II) et les recommandations qu'elle formule (III).

## PARTIE I - LE CONSTAT

L'augmentation des dépenses est extrêmement rapide (I.1). Elle s'explique par la forte progression de l'effectif des bénéficiaires (I.2). La prestation moyenne est élevée (I.3). Les prévisions pour 2003 marquent une inflexion, mais pas encore une stabilisation (I.4).

### 1.1 L'augmentation très rapide des dépenses

La convention nationale Etat-CNAMTS du 17 octobre 2000 prévoit la transmission à l'Etat d'un arrêté trimestriel des dépenses, certifié par l'agent comptable de la CNAMTS, et accompagné d'états indiquant, pour chaque département, le montant des dépenses d'aide médicale du trimestre, le nombre de bénéficiaires en fin de trimestre et le nombre des admissions du trimestre. Dans la pratique, les états trimestriels ne distinguent pas les dépenses pour chaque année de survenance des soins. Pour établir une prévision et pour analyser la structure des dépenses, il est nécessaire de les reconstituer par année de soins.

#### 1.1.1 Les données en date de paiement

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, les CPAM payent :

- a- les soins postérieurs à cette date pour l'ensemble des bénéficiaires de l'AME « rénovée » ;
- b- le solde des prestations antérieures à cette date pour les bénéficiaires de l'ancienne AME dont l'Etat avait confié la gestion à l'assurance maladie (cotisations d'assurance personnelle, soins, frais de gestion)<sup>5</sup>.

La CNAMTS centralise ces dépenses et présente la facture à la DGAS<sup>6</sup>. Arrêtées au 30 septembre 2002 elles sont les suivantes, en milliers d'euros :

**Tableau n°1- Dépenses par année de paiement (en K euros)**

Payé en	2000	2001	2002 du 1.1 au 30.9	Evolution 2002/2000
Soins de 1999 et antérieures	67 288	15 498	19 920	
Soins 2000	46 324	192 276	12 864	
Soins 2001	-----		250 448	
Soins 2002 (T1-T3)	-----	-----		
<b>Total payé en :</b>	<b>113 612</b>	<b>207 774</b>	<b>283 232</b>	<b>+ 150%</b>

Source : CNAMTS, arrêtés trimestriels

<sup>5</sup> Le solde éventuel des prestations antérieures à cette date pour les bénéficiaires de l'ancienne aide médicale départementale géré par délégation est réclamé directement par les CPAM aux départements et ne figure pas dans les états trimestriels.

<sup>6</sup> Les dépenses b) présentées par les CPAM avant le 30 juin 2000 ont été remboursées directement par les DDASS. Cf. paragraphe 2.1.4

Les remboursements de l'Etat et des DDASS ont fait l'objet des inscriptions suivantes aux différentes lois de finances :

**Tableau n° 2- Crédits budgétaires alloués à l'AME**

En Keuros	2000	2001	2002	2003
LFI	75 462	53 357	60 980	233 000
LFR		+ 7 622	+ 445 000	

Source : DGAS

Les crédits inscrits en loi de finances initiale en 2001 et 2002 ont donc largement sous-estimé la progression des factures adressées par la CNAMTS. Le très fort abondement apporté par la 1<sup>ère</sup> loi de finances rectificative voté en juin 2002 était destiné à apurer, au vu des données disponibles au printemps, le gros retard pris par l'Etat dans ses remboursements au titre de la nouvelle AME. Il a également permis de rembourser à hauteur de 134 millions d'euros des dettes antérieures à 2000 accumulées au titre de l'ancienne AME. En revanche ce collectif budgétaire n'a pas anticipé l'ampleur de la facture présentée par la CNAMTS au titre du 3<sup>ème</sup> trimestre 2002 (151 M euros). L'utilisation des crédits est résumée en annexe 3.

### 1.1.2 La reconstitution en dates de soins

L'agence comptable de la CNAMTS a procédé, à la demande de la mission, à la reconstitution des dépenses afférentes aux soins 2000 et 2001 payés en 2001 et 2002 dans 92 caisses représentant 87 % des bénéficiaires de l'AME. Cette extraction est cohérente avec celles demandées localement et vérifiées après plusieurs retraitements. Le tableau suivant en donne les résultats.

**Tableau n°3 – Prestations AME par année de soins (Keuros)**

Soins de l'année N Payés en	2000*	2001**	T1 à T3 2002***
<b>N= 2000</b>			
Paris	5 001	10 466	6 318
Bobigny	3 083	22 083	3 747
Nanterre	9 980	4 266	831
Montpellier	<u>1 160</u>	<u>1 175</u>	<u>121</u>
Total des 4	19 224	37 990	11 017
88 autres caisses échantillon	<u>14 610</u>	<u>25 190</u>	<u>2 298</u>
<b>Total échantillon</b>	<b>33 834</b>	<b>63 180</b>	<b>13 315</b>
<b>N= 2001</b>			
Paris		20 482	73 832
Bobigny		17 678	14 122
Nanterre		16 112	5 235
Montpellier		<u>2 153</u>	<u>1 838</u>
T des 4		56 425	95 027
88 autres caisses échantillon		<u>45 236</u>	<u>27 473</u>
<b>Total échantillon</b>		<b>101 661</b>	<b>122 500</b>
<b>N=2002</b>			
Paris			41 833
Bobigny			11 636
Nanterre			12 046
Montpellier			<u>1 209</u>
T des 4			66 724
88 autres caisses échantillon			<u>44 929</u>
<b>Total échantillon</b>			<b>111 653</b>

Source \* états trimestriels CNAMTS

\*\* reconstitution en date de soins CNAMTS pour les soins consommés en 2000 et 2001 payés en 2001 et 2002

\*\*\* soins 2002 payés en 2002 : différence entre les états trimestriels CNAMTS et les reconstitutions en date de soins.

Ces chiffres illustrent la différence de rythme de paiement entre les caisses. Ils montrent également que les dépenses sont facturées à l'Etat avec retard par rapport à la date des soins auxquels elles correspondent. Ce retard est particulièrement dû aux factures hospitalières. Ce point est traité plus loin (2.1.3).

### 1.1.3 Structure par catégorie de soins

Le tableau suivant donne la décomposition des soins 2001 vus au 30/9/02 dans l'échantillon précité de 92 caisses. Il s'agit d'ordres de grandeur, car toutes les prestations 2001 ne sont pas encore liquidées (même en ville) et la tenue des rubriques n'est pas homogène<sup>7</sup>. Compte tenu de ces remarques, la structure des prestations est très proche à Paris et ailleurs, quand bien même le périmètre des prestations est différent. La prépondérance des soins hospitaliers est naturelle, puisque, sauf à Paris, l'accès aux soins de ville est réservé aux personnes justifiant d'un séjour ininterrompu de plus de trois ans<sup>8</sup>. En revanche, on observe que la structure de la dépense n'est pas très différente à Paris, qui n'applique pas cette règle.

**Tableau n°4- structure des soins AME pour l'année 2001**

	En Keuros		En %	
	Paris	Province	Paris	Province
Honoraires	10 090	12 415	10,7 %	9,6 %
Hospitalisation	72 120	102 130	76,5 %	78,6 %
Médicaments & DM	8 415	10 690	8,9 %	8,2 %
Autres	3 685	4 615	3,9 %	3,6 %
total	94 310	129 850	100 %	100 %

Soins 2001 payés jusqu'au 30/9/2002 – source extraction CNAMTS sur 92 caisses ; DM = dispositifs médicaux

## 1.2 La forte progression de l'effectif des bénéficiaires

### 1.2.1 La méconnaissance du point de départ

Le nombre de bénéficiaires des anciennes aides médicales départementale (AMD) et d'Etat qui auraient été susceptibles d'être transférés à la nouvelle AME n'est pas connu. Les bénéficiaires des anciennes aides médicales départementale et d'Etat ont été basculés en bloc vers la CMU au 1<sup>er</sup> janvier 2000, conformément aux instructions reçues. Ceux qui relevaient de l'AME rénovée y sont entrés lors du renouvellement de leurs droits. Puisque les étrangers sans résidence régulière n'étaient pas individualisés dans les anciennes aides médicales, l'on ne connaît donc pas l'effectif d'entrée en règle générale. Toutefois, certains départements ont basculé vers l'AME ceux des bénéficiaires des anciennes aides médicales dont les prestations étaient servies au premier franc, et qui n'étaient pas affiliables à la sécurité sociale. Tel a été le cas à Bobigny (3 762 bénéficiaires transférés au 1<sup>er</sup> janvier dont 3 646 pour l'AMD et 116 pour l'AME) et à Paris (6 626 bénéficiaires de l'AMD à domicile transférés).

<sup>7</sup> Une centaine de caisses (dont Paris) compte les honoraires du secteur public en hospitalisation ; dans la plupart des cas (hors Paris), la rubrique « divers » comprend pour l'essentiel de l'hospitalisation

<sup>8</sup> Le CASF, art L111-2, réserve les soins de ville aux résidents de plus de 3 ans ; Paris, depuis 2000, et Bobigny, depuis mai 2002, n'appliquent pas cette règle

Par ailleurs, la CNAMTS n'a commencé de compter les bénéficiaires de l'AME qu'au 31 décembre 2000.

### 1.2.2 L'effectif a plus que doublé en 21 mois

Ici encore, les données produites par l'assurance maladie ont dû être retraitées. En effet, le programme de comptage utilisé jusqu'ici par la CNAMTS conduisait à inclure dans l'effectif des personnes dont les droits à l'AME n'ont pas été renouvelés<sup>9</sup>. A la demande de la mission, la CNAMTS a testé en novembre 2002 un nouveau programme de comptage des bénéficiaires sur les 6 caisses principales<sup>10</sup>. Une estimation nouvelle du nombre de bénéficiaires au 30/09/2002 peut donc être fournie, même si les rectifications restent partielles.

Pour les années antérieures, la mission a obtenu des caisses locales des effectifs rectifiés. C'est surtout à Paris que la différence est importante.

**Tableau n° 5- Effectif des bénéficiaires de l'AME selon les états trimestriels CNAMTS**

	31/12/2000	31/12/2001	30/9/2002
Paris	26 146	57 394	75 861
Bobigny	9 753	17 388	22 397
Nanterre	10 627	14 480	16 016
Montpellier	<u>1 482</u>	<u>2 864</u>	<u>3 488</u>
Total des 4	48 008	92 126	117 762
88 échantillon	17 980	31 110	38 744
44 hors échan.	8 931	15 838	19 796
<b>Total France</b>	<b>74 919</b>	<b>139 074</b>	<b>176 302</b>

Source arrêtés trimestriels CNAMTS

**Tableau n° 6 – Effectif des bénéficiaires de l'AME rectifiés partiellement**

	31/12/2000	31/12/2001	30/9/2002
Paris	26 146	47 721	59 909
Bobigny	9 753	18 501	24 361
Nanterre	10 627	11 780	10 508
Montpellier	<u>1 100</u>	<u>2 060</u>	<u>2 017</u>
Total des 4	47 626	80 062	96 795
88 échantillon	16 780	30 476 (e)	39 049
44 hors échan.	8 931	14 838 (e)	17 732
<b>Total France</b>	<b>73 337</b>	<b>125 376 (e)</b>	<b>153 576</b>

Source CNAMTS nouveau programme de comptage au 30/09/2002 + rectifications CPAM pour 2000 et 2001

L'effectif total serait ainsi de l'ordre de 154 000 bénéficiaires et ayants droit, soit 23 000 de moins que celui compté par la CNAMTS, mais + 20 % en un an et un doublement en 21 mois.

<sup>9</sup> Certaines caisses, dont Paris et Montpellier, ouvraient les droits aux régimes AME (n° 95 et 96) comme à un régime de sécurité sociale, c'est à dire sans date de fin de droits. Cette manière de faire est sans incidence sur la liquidation des prestations puisque la date de fin de droits figure dans le code mutuelle et le système bloque si elle est dépassée. Mais elle majore l'effectif compté par la CNAMTS, qui n'interrogeait que les codes régime. D'autres comme Brest, n'ont retiré que récemment du fichier les bénéficiaires de l'AMD gérés avant 2000

<sup>10</sup> représentant 70% des bénéficiaires. L'annexe n°4 donne les résultats de cette requête.

### 1.2.3 La concentration géographique est très forte

La répartition géographique des bénéficiaires au 30 septembre 2002, après prise en compte des correctifs précédents, montre une forte concentration géographique.

**Tableau n° 7- Répartition géographique des bénéficiaires au 30/9/02**

Bénéficiaires et ayants droit	Effectif	% bénéficiaires AME	% population
Paris	59 909	39,0	3,5
Seine-Saint-Denis	24 361	16,0	2,3
Hauts de Seine	10 508	6,8	2,4
Bouches du Rhône	4 136	2,7	2,0
Val de Marne	6 431	4,2	0,3
Guyane	5 227	3,5	3,1
Rhône	3 595	2,4	2,6
Val-d'Oise	3 407	2,3	1,8
Yvelines	3 289	2,2	2,3
Hérault	2 017	1,3	1,5
Essonne	2 160	1,4	1,9
Autres Départements	28 126	18,8	76,4
<b>Total France</b>	<b>153 576*</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : CNAMTS retraité (AME) ; recensement INSEE 1999 (population)

\* dont ayants droit : 24 %

L'Ile de France, qui héberge 18 % de la population, accueille 73 % des bénéficiaires de l'AME. La Guyane est en situation particulière : on y compte 3,5 % des bénéficiaires de l'AME (pour 0,26 % de la population) et 0,75 % des prestations servies depuis 2000.

### 1.2.4 Les bénéficiaires sont jeunes

La structure par sexe et âge des bénéficiaires de l'AME a été obtenue par des extractions locales, car aucune donnée nationale n'est disponible en l'absence du n° national d'identification (NIR). Les résultats font apparaître 50,2 % d'hommes et 49,8 % de femmes et la structure d'âge ci-dessous.

**Tableau n° 8- Répartition des bénéficiaires AME par âge au 30/9/02**

Bénéficiaires + ayants droit	Paris	Bobigny	Nanterre	Montpellier	Total étude	CMU (2000)	Autres patients régime général
0 – 9 ans	10,8	14,7	12,9	5,9	12,0	22,7	13,3
10 – 19 ans	3,9	4,9	7,7	4,5	4,8	19,1	12,8
20 – 29 ans	27,7	29,0	23,1	33,7	27,3	15,0	12,4
30 – 39 ans	34,1	33,0	30,6	33,2	33,2	16,3	15,1
40 – 49 ans	14,7	11,0	14,0	12,2	13,7	12,5	14,0
50 – 59 ans	5,2	3,4	5,7	4,4	4,85	8,8	11,4
60 ans et +	3,6	4,0	6,0	6,1	4,2	5,6	21,1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100*</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Age moyen</b>	<b>30,65 ans</b>	<b>29,6 ans</b>	<b>30,9 ans</b>	<b>32,1 ans</b>	<b>30,5 ans</b>	<b>27 ans</b>	<b>38 ans</b>

Source : CPAM (AME) ; Point Stat CNAMTS n°35, sept 2002 (CMU et régime général)

\* 97 000 bénéficiaires et ayants droit

L'âge moyen des bénéficiaires de l'AME est assez proche de celui des bénéficiaires de la CMU, avec un moins grand nombre d'enfants.

## 1.3 La prestation moyenne

### 1.3.1 *Estimation de la dépense moyenne par bénéficiaire.*

Il n'existe pas d'étude de la CNAMTS sur le niveau et la décomposition de la dépense moyenne d'un bénéficiaire de l'AME, à l'instar des études portant sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU et des assurés sociaux. En effet, l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) suivi par les services statistiques de la CNAMTS ne comprend que moins d'une soixantaine de bénéficiaires de l'AME, ce qui n'est pas significatif.

La mission a donc réalisé ses propres estimations détaillées dans l'annexe n°5. La méconnaissance des effectifs au début de l'année 2000 ne permet pas de calculer une prestation moyenne fiable pour cette année. En revanche, il est possible d'approcher la prestation moyenne afférente aux soins dispensés en 2001, en ajoutant aux prestations enregistrées par les CPAM au 30 septembre 2002 une estimation de celles qui restent à liquider. Ces dernières sont constituées des prestations hospitalières recensées dans les départements étudiés (AP-HP, hôpitaux du 93) et des autres prestations à payer évaluées selon les rythmes de paiement observés. Ces dépenses sont rapportées aux effectifs moyens sur l'année 2001<sup>11</sup>.

Les résultats obtenus varient selon les caisses. Au niveau national, la dépense moyenne estimée est de 2995 euros par bénéficiaire de l'AME pour les soins dispensés en 2001.

### 1.3.2 *Comparaison avec les données disponibles sur la CMU et les assurés du régime général, et l'ancienne aide médicale départementale*

#### 1.3.2.1 *La dépense moyenne est plus élevée que celle des bénéficiaires de la CMU et des assurés sociaux*

La dépense moyenne AME estimée par la mission peut être comparée aux données publiées par la CNAMTS sur la consommation des bénéficiaires de la CMU et celle des autres assurés du régime général, ainsi qu'à celles disponibles sur l'ancienne aide médicale départementale. Cette comparaison est néanmoins peu conclusive, d'une part car les méthodologies employées diffèrent ; d'autre part et surtout car elle ne tient pas compte de l'état de santé des populations étudiées. Il n'existe en effet pas d'étude portant sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME qui permettrait de mesurer leur consommation de soins à état de santé comparable<sup>12</sup>.

En outre, les données disponibles ne permettent pas de connaître la dispersion de la dépense et donc de mesurer si la dépense moyenne est représentative d'une demande de soins uniforme, ou si un nombre restreint de bénéficiaires concentre une part importante des dépenses.

<sup>11</sup> Estimés par la moitié des effectifs au 31/12/2001 ajoutés aux effectifs au 31/12/2000.

<sup>12</sup> De telles études sont possibles pour les assurés sociaux suivis par l'EPAS, grâce à l'appariement de cet échantillon avec l'enquête « santé et protection sociale » (SPS) menée par le CREDES.



Sous réserve de ce qui précède, la dépense moyenne AME est supérieure de 50% à celle présentée au remboursement en 2000 par les bénéficiaires de la CMU, et le double de celle présentée par les assurés sociaux, calculées par les services statistiques de la CNAMTS.

**Tableau n° 9- Prestation moyenne (euros)**

	Prestation moyenne
Total AME (soins 2001 - estimation)	<b>2 995</b>
CMU (soins 2000)	<b>1 953</b>
Autre patient régime général (2000)	<b>1 504</b>

Source : IGAS (AME) ; CNAMTS Point Stat n° 35, sept 2002 (CMU et régime général)

Ces données confirment l'écart des dépenses de soins qui existait déjà entre les bénéficiaires de l'aide médicale départementale et les assurés sociaux. Une étude publiée par la DREES pour les années 1992, 1995 et 1997 établit que la dépense moyenne des bénéficiaires de l'AMD était de l'ordre de 2150 euros, contre 1480 pour les autres assurés<sup>13</sup>.

Cette importance de la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU comme de l'AME par rapport aux assurés du régime général ne tient pas à leur âge. La structure par sexe et âge des bénéficiaires de l'AME est en effet jeune comme celle de la CMU. La prise en compte de la structure d'âge tend donc à accroître l'écart avec les assurés du régime général comme le montre le tableau suivant :

**Tableau n° 10- Prestation moyenne à structure d'âge et de sexe comparable (euros)**

	Prestation moyenne
Total AME (soins 2001 - estimation)	<b>2 995</b>
CMU (soins 2000)	<b>1 953</b>
Autre patient régime général (2000) *	<b>1 071</b>

Source : IGAS (AME) ; CNAMTS Point Stat n° 35, sept 2002 (CMU et régime général)

\* patient du régime général présentant les mêmes caractéristiques d'âge et de sexe que les bénéficiaires de la CMU.

Les comparaisons présentées doivent tenir compte des méthodologies différentes utilisées pour comptabiliser les bénéficiaires et les dépenses.

S'agissant des bénéficiaires :

- la structure d'âge des bénéficiaires de l'AME est proche de celle des bénéficiaires de la CMU, mais pas identique puisque leur moyenne d'âge est un peu plus élevée (30,5 ans contre 27 ans pour la CMU) du fait qu'il y a moins d'enfants ; pour prendre en compte pleinement les effets de la structure d'âge, il faudrait connaître la consommation par tranche d'âge des bénéficiaires de l'AME, ce qui n'est pas connu ;
- l'étude de la CNAMTS porte sur le suivi de la consommation de soins d'un échantillon de patients qui consomment effectivement, alors que les effectifs comptabilisés par la mission sont des bénéficiaires « moyens » inscrits. La proportion des « non-consommateurs » pour l'AME n'est pas connue ; elle est sans doute faible car l'inscription à l'AME est liée à la demande de soins ;

<sup>13</sup> DREES, solidarité et santé n°1, 2002, « l'effet de l'aide médicale départementale sur la consommation de soins ». Les données sont les données brutes non corrigées par la structure d'âge, en euros 1997. Ramenée à la structure d'âge des assurés sociaux, la dépense moyenne d'un bénéficiaire de l'AMD est de 2900 euros.

- le comptage des effectifs de l'AME a été rectifié par la mission sur une partie des bénéficiaires seulement ; il est probable que la surestimation constatée dans les caisses étudiées se retrouve ailleurs ; néanmoins et en sens inverse, les effectifs AME comptés en fin de trimestre ne comprennent pas toutes les inscriptions du trimestre concerné<sup>14</sup> ; l'écart peut être important si les adhésions sont nombreuses ;
- la progression des effectifs de l'AME est plus rapide que celle des effectifs de la CMU, d'où une proportion plus importante de bénéficiaires AME qui ne dépendent qu'une partie de l'année ;
- enfin les effectifs AME pris en compte reflètent le nombre d'attestations délivrées ; ces dernières n'étant pas sécurisées (voir paragraphe 2.2.1.6) il est possible que plusieurs personnes utilisent la même attestation, d'où une surestimation de la dépense moyenne.

S'agissant des dépenses :

- les années étudiées sont différentes (2000 pour la CMU et le régime général, 2001 pour l'AME) ;
- le rythme de paiement des prestations est différent : les dépenses comptabilisées par la CNAMTS pour la CMU et les autres assurés sociaux sont les prestations 2000 payées jusqu'au 31/12/2001, il est probable qu'elles ne soient pas exhaustives ; la mission pour l'AME a compté les prestations 2001 payées jusqu'au 30/09/2002 majorées d'une estimation prudente de celles qui restent à payer ;
- les dépenses prises en compte dans l'étude de la CNAMTS sont les dépenses présentées au remboursement et donc limitées au tarif de responsabilité (sans compter les dépassements) : en ville, ce sont aussi ces tarifs qui s'appliquent à l'AME ; en revanche à l'hôpital, les dépenses valorisées dans l'EPAS pour les bénéficiaires de la CMU et les autres assurés sociaux<sup>15</sup> ne comprennent pas le forfait journalier alors que celui-ci est compris dans l'estimation IGAS pour l'AME ; d'où un écart compte tenu de l'ampleur de la part hospitalière dans les dépenses d'AME.
- enfin, la décomposition de la prestation moyenne entre soins de ville et hospitalisation est à prendre avec précaution, car de nombreuses CPAM comptent les médicaments rétrocédés dans les soins hospitaliers de l'AME, alors que ces prestations sont comptées en soins de ville pour les assurés sociaux. En revanche les consultations externes sont normalement comptabilisées dans les soins hospitaliers (comme honoraires du secteur public) pour l'AME comme pour les autres.

### *1.3.2.2 Cet écart s'explique par l'importance de la part hospitalière*

La consommation plus élevée des bénéficiaires de l'AME tient à l'importance de l'hospitalisation, qui représente 78 % de leurs soins, contre 59 % pour les bénéficiaires de la CMU et 44 % pour les autres patients du régime général de mêmes âge et sexe.

---

<sup>14</sup> Les délais d'inscription dans le système informatique des nouveaux bénéficiaires dont les droits sont ouverts au cours du trimestre expliquent cet écart ; ainsi à Paris, les effectifs de l'AME au 30/09/2002 comptabilisés par la CPAM en octobre sont de 56 000 ; comptabilisés par la CNAMTS en novembre ils sont de 59900.

<sup>15</sup> Les dépenses hospitalières sont valorisées dans l'EPAS au prix de journée des établissements où les patients ont séjourné. La facturation à l'AME est également fondée sur ce prix de journée et sur le forfait journalier

**Tableau n°11 – Composition de la prestation moyenne à âge et sexe comparable (euros)**

	AME (2001 e)		CMU (2000)		Autres assurés *	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Soins de ville	665	22%	794 **	41%	595	56%
Hospitalisation	2 330	78%	1 159	59%	476	44%
total	2 995	100%	1 953	100%	1 071	100%

Source : estimation de la prestation in fine par la mission (AME) ; Points Stat n° 35 et 36 (CMU et régime général)

\* assurés du régime général de même sexe et âge que la population CMU \*\* 860 € en 2001 (+ 8,4 %)

La prédominance des soins hospitaliers caractérisait déjà les bénéficiaires de l'AMD : l'étude de la DREES montre que leurs dépenses hospitalières étaient près de trois fois plus élevées que celles de l'ensemble des assurés sociaux, en raison d'un taux de recours à l'hôpital plus élevé et d'une dépense par consommant plus forte.

Pour l'AME, la part importante de l'hospitalisation résulte à la fois des dispositions prévues par la loi, qui réserve l'accès aux soins de ville aux étrangers résidant depuis plus de trois ans (qui ne s'appliquent pas cependant en 2001 pour près de la moitié des bénéficiaires<sup>16</sup>) et d'un mode de recours aux soins tourné largement vers l'hôpital, confirmé par plusieurs enquêtes locales.

Une enquête de la DHOS<sup>17</sup>, menée en 2001 dans le but d'évaluer la prise en charge des patients en situation de précarité dans les établissements de santé, indique que 1 % des patients hospitalisés sont bénéficiaires de l'AME, alors qu'ils ne représentent que 0,25 % de la population<sup>18</sup>. Par ailleurs, au niveau national, le coût d'hospitalisation pour l'AME représente 0,5% du coût total de l'hospitalisation publique de court et moyen séjour.

Une enquête de l'AP-HP dans 4 hôpitaux permet de préciser la fréquence des soins des bénéficiaires de l'AME<sup>19</sup> :

- 82 % des patients AME hospitalisés ont bénéficié d'un seul séjour dans l'année ; le coût moyen d'un patient est de 6 600 € et celui d'un séjour est de 5 300 €, ce qui indique une durée moyenne d'hospitalisation inférieure à la moyenne de l'AP-HP
- 42 % des patients externes ont bénéficié d'un seul traitement et 19 % de 5 traitements ou plus ; le coût moyen des soins externes est de 163 € par patient ; le nombre moyen de consultations par an, supérieur à 2,5, indique que l'accès aux soins de ville ne supprime pas le tropisme hospitalier des bénéficiaires de l'AME.

Par ailleurs la mission a examiné une soixantaine de factures hospitalières : la durée moyenne de séjour pour ces dossiers s'établit à 9,7 jours (dont 14 séjours de plus de 15 jours). Les soins dispensés l'ont été principalement en maternité, pédiatrie et médecine spécialisée, comme le montre le tableau suivant<sup>20</sup> :

<sup>16</sup> Cf. paragraphe 2.2.2

<sup>17</sup> Enquête précarité, juillet 2002, sur 34 400 dossiers dans 163 établissements.

<sup>18</sup> cette proportion atteint 6 % des patients au CASH de Nanterre et 5 % à l'hôpital Jean Verdier de Bondy

<sup>19</sup> Louis Mourier, Jean Verdier, Lariboisière, Tenon ; enquête sur 3 240 patients hospitalisés en 2001 pour plus de 24 heures et 14 400 consultants externes en 2001 bénéficiaires de l'AME. Il est à noter que deux séjours d'un patient dans deux hôpitaux différents sont comptés comme deux patients

<sup>20</sup> la nature du service figure sur la facture sous forme de code.

**Tableau n°12- Séjours hospitaliers examinés par la mission**

Service d'hospitalisation	Nombre de patients AME		Durée moyenne du séjour
Chirurgie	11	19%	6,7 jours
Médecine	5	8%	12,8 jours
Médecine spécialisée ou coûteuse	10	17%	18,1 jours
Maternité / pédiatrie	15	25%	6,8 jours
Hôpital de jour	5	8%	1 jour
Hospitalisation à domicile	8	14%	16,7 jours
Psychiatrie	1	2%	24 jours
Chimiothérapie	4	7%	1 jour
total	59	100%	9,7 jours

Source : factures hospitalières examinées par la mission au centre 271 (CPAM Paris), à l'hôpital Jean Verdier (93) et à l'hôpital Louis Mourier (92).

Il est probable que, eu égard à la situation sociale des bénéficiaires de l'AME, il soit difficile d'organiser leur sortie à la suite d'une hospitalisation lourde, d'où des durées de séjour longues dans certains cas. La tarification au prix de journée exerce alors son plein effet en alourdissant la facture présentée au remboursement. Ce mode de tarification est inévitable puisque les bénéficiaires de l'AME ne sont pas couverts par la dotation globale versée par l'assurance-maladie ; mais il reste imparfait puisqu'il est le produit de règles de comptabilité analytique variables selon les établissements et ne reflète pas réellement le coût économique de chaque séjour. Toutefois ce mode de tarification ne fausse pas la comparaison avec la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU et des autres assurés sociaux, puisque leurs dépenses hospitalières sont valorisées également au prix de journée dans l'étude de la CNAMTS.

### ***1.3.3 Eléments sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME***

Il n'existe pas d'études spécifiques portant sur l'état de santé des personnes bénéficiant de l'AME. Elles ne constituent pas un public identifié en tant que tel dans les études épidémiologiques, ce qui est normal ; en outre l'enquête « santé et protection sociale » menée par le CreDES ne les inclut pas (l'échantillon étant commun à l'EPAS de la CNAMTS). Il est probable que l'AME rassemble des personnes connaissant des situations très différentes, soulignées par les interlocuteurs de la mission : personnes gravement malades venues chercher en France des soins auxquels elles ne peuvent accéder dans leur pays d'origine ; personnes présentes depuis longtemps en France et qui s'adressent peu voire pas au système de soins ; personnes jeunes émigrant pour des raisons économiques ou familiales dont la demande de soins ne présente pas vraiment de particularité ; personnes âgées en visite dans leur famille en France...

La mission a néanmoins cherché à rassembler des données qui permettent d'appréhender les différents facteurs influant probablement sur leur consommation de soins.

### 1.3.3.1 *Le retard au recours aux soins*

Tout d'abord, comme pour les bénéficiaires de la CMU<sup>21</sup>, il est probable qu'intervienne un effet de rattrapage et de retard au recours aux soins : l'AME est destinée à des personnes dont la demande de soins n'était peu ou pas solvabilisée, qu'elles soient présentes sur le territoire national depuis longtemps (difficultés d'accès à l'ancienne aide médicale cf. point 2.1.2.1) ou récemment arrivées (venant de pays où les systèmes de santé sont plus ou moins performants).

Ainsi dans son rapport 2001 portant sur l'activité de ses centres de soins gratuits<sup>22</sup>, Médecins du Monde signale que 85% des 23.000 patients accueillis sont étrangers. Près de la moitié d'entre eux sont en situation irrégulière. L'accès à une couverture sociale augmente avec l'ancienneté du séjour en France, mais 70% des personnes étrangères présentes depuis plus de 10 ans<sup>23</sup> n'ont aucun droit ouvert.

Or l'urgence des soins est fortement corrélée avec le retard au recours aux soins, et donc à un surcoût lié à la gravité des pathologies. Ce lien est très bien établi s'agissant du suivi des grossesses et de la périnatalité : les difficultés d'accès à une couverture sociale et d'accès aux soins entraînent une augmentation de l'incidence des pathologies périnatales et en particulier de la prématurité<sup>24</sup>. Inversement, selon les interlocuteurs de la mission à l'hôpital Lariboisière, l'activité du service des urgences a connu pour la première fois une baisse en 2002<sup>25</sup>, cette baisse ne s'expliquerait que par les effets de la CMU et dans une moindre mesure, de l'AME.

### 1.3.3.2 *La précarité des conditions de vie*

Par ailleurs la précarité des conditions de vie des bénéficiaires de l'AME peut expliquer un état de santé davantage fragilisé que la population générale : travail clandestin dans des secteurs d'activité à risques, logement précaire ou absence de logement<sup>26</sup>, faibles ressources.

D'une manière générale, le lien entre catégories socio-professionnelles et état de santé est établi par de nombreuses études<sup>27</sup>. A structure d'âge et de sexe identiques, selon une étude de la DREES, les dépenses totales de santé sont décroissantes des ouvriers non qualifiés aux cadres, en raison de l'importance des dépenses hospitalières

<sup>21</sup> cf. une enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de la CMU établit que la moitié des ménages déclare avoir renoncé à des soins avant la mise en place de la CMU (études et résultats n° 152 – janvier 2002).

<sup>22</sup> Rapport 2001 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, par N. Drouot et N. Simonnot, juin 2002.

<sup>23</sup> Les personnes présentes depuis plus de 10 ans représentent 6% des patients soignés. Les primo-arrivants représentent plus de 70%.

<sup>24</sup> Cf Etude « Périnatalité et précarité », du Professeur Claude Lejeune, Président de la commission régionale de la naissance d'Ile de France, service de néonatalogie de l'hôpital Louis Mourier ; 2000.

<sup>25</sup> Baisse de 5% sur 2002 pour l'hôpital Lariboisière, contre une augmentation annuelle en moyenne de 8 à 14% depuis 1994.

<sup>26</sup> Une étude menée par la DDASS de Paris en novembre 2001 sur les personnes hébergées dans les centres d'urgence montre que 12% d'entre elles sont des étrangers en situation irrégulière.

<sup>27</sup> Cf. INSERM, Inégalités, précarité et santé, in Travaux de l'observatoire de la pauvreté, rapport 2001-2002.

et d'un état de santé moins bon pour les ménages ouvriers<sup>28</sup>. En revanche, les dépenses des agriculteurs et des artisans sont nettement inférieures.

L'enquête « précarité » de la DHOS déjà citée<sup>29</sup> permettra d'affiner ce constat. Elle comprend en effet un volet d'analyse des séjours des patients identifiés comme précaires<sup>30</sup>, dont les résultats ne sont pas encore disponibles. L'étude cherche notamment à mesurer, à groupe homogène de malades (GHM) identique, le surcoût de la précarité, en termes d'allongement de la durée des séjours, chaque volet "précarité-patient" du recueil étant couplé avec un résumé de sortie du PMSI (RSS).

### 1.3.3.3 *La présence de pathologies graves*

Les études épidémiologiques disponibles sur le Sida et la tuberculose identifient la nationalité des personnes atteintes, mais pas leur couverture sociale. Les données qui suivent ne fournissent donc que des indications indirectes sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME. On peut cependant raisonnablement supposer que, parmi les personnes étrangères, se retrouvent des bénéficiaires de l'AME.

Dans les dernières données disponibles sur l'épidémie de Sida<sup>31</sup>, l'Institut national de veille sanitaire souligne que, si le nombre de nouveaux cas de Sida est stable depuis 1998 (après avoir fortement baissé en 1996 et 1997), la proportion de nouveaux cas touchant des personnes étrangères est en constante augmentation, passant de 5% en 1995 à 22% au premier semestre 2002<sup>32</sup>. La méconnaissance du statut séropositif avant l'entrée en maladie est plus fréquente chez les étrangers, en particulier originaires de l'Afrique sub-saharienne (68% des cas, contre 42% pour les Français). L'INVS identifie donc l'émergence d'un groupe de personnes particulièrement vulnérables pour lequel le retard au dépistage et l'absence de prise en charge au stade du pré-sida est manifeste<sup>33</sup>.

Les données recueillies par la mission à la pharmacie de l'hôpital Lariboisière confirment que les bénéficiaires de l'AME sont touchés par le virus du Sida : 7,4% des dispensations de médicaments réalisées en novembre 2002 l'ont été pour des bénéficiaires de l'AME. Les anti-rétroviraux représentent 80% des médicaments dispensés. Le retard au dépistage est également confirmé par les travailleurs sociaux et les médecins du PASS de l'hôpital Louis Mourier, qui ont indiqué à la mission que la plupart des bénéficiaires de l'AME atteints par le VIH qu'ils suivent ont appris leur séropositivité en France.

Par ailleurs, les données disponibles sur la tuberculose établissent que le taux de prévalence connaît une hétérogénéité géographique prononcée. Si l'incidence moyenne est de 11 nouveaux cas déclarés en France pour 100.000 habitants, elle est de 49 à Paris. Cette concentration serait liée à une incidence élevée de la tuberculose dans la population migrante (117 pour 100.000) en particulier d'origine sub-saharienne<sup>34</sup>.

<sup>28</sup> CF. les déterminants individuels des dépenses de santé ; DREES Etudes et résultats n°182, juillet 2002.

<sup>29</sup> Enquête précarité juillet 2002, menée dans 163 établissements de santé.

<sup>30</sup> le critère de la couverture sociale (AME ou CMU) n'est qu'un item parmi d'autres, dont le mode d'hébergement, la situation vis à vis de l'emploi, le bénéfice de minima sociaux...

<sup>31</sup> Sida, état des données en 2002, Institut national de veille sanitaire.

<sup>32</sup> Au premier semestre 2002 le nombre total de nouveaux cas de sida déclarés est d'environ 840.

<sup>33</sup> Le coût mensuel d'un traitement par anti-rétroviraux est d'environ 1000 euros.

<sup>34</sup> Source Institut national de veille sanitaire, 2000.

Enfin l'instruction des dossiers d'AME humanitaire à la DGAS révèle un nombre important de cas concernant des ressortissants du Maghreb (essentiellement de l'Algérie) atteints de diabète insulino-dépendant nécessitant une prise en charge continue. Le docteur Larcher, médecin à la DGAS, anciennement chargé de la coopération sanitaire avec l'Algérie, note que ce pays présentait un taux de diabète largement supérieur à celui rencontré en France. Les difficultés économiques et la situation de guerre civile y ont rendu plus difficile l'accès à des soins adaptés pour les diabétiques.

## 1.4 Les prévisions

### 1.4.1 Les hypothèses

Les prévisions ci-dessous résultent de quatre éléments (voir détail en annexe n° 5) :

- La ventilation par année de soins des dépenses payées jusqu'au 30/09/2002, à partir de l'échantillon CNAMTS portant sur 92 caisses représentant 87 % des bénéficiaires.
- L'estimation des sommes restant à payer au titre des soins antérieurs au 30/9/2002.

Elle résulte de l'extrapolation des cadences de paiement observées, qui sont nettement plus lentes en Ile de France qu'ailleurs ; il a été tenu compte d'une accélération en fin 2002 et 2003, due à la montée en charge des télétransmissions. Il a également été tenu compte des dettes identifiées à l'égard des hôpitaux (APHP, Seine St Denis).

- L'évolution des effectifs

A Paris et Bobigny, rien ne semble indiquer un fléchissement des admissions. A l'inverse, à Nanterre et Montpellier, les effectifs ont atteint un palier. Au total, on a retenu l'hypothèse d'une poursuite de la croissance au 4<sup>e</sup> trimestre 2002 selon le rythme des 3 premiers trimestres, et un net infléchissement supposé en 2003, aboutissant aux effectifs suivants :

30/9/2002 : 154 000                      31/12/2002 : 160 000                      31/12/2003 : 170 000

L'effectif moyen augmenterait de 15 % en 2003 (+ 22 400), pour les ¾ du fait du report de la croissance du second semestre 2002 et pour le reste de l'augmentation en 2003.

- L'évolution de la prestation moyenne

Il a été supposé qu'à législation constante, la prestation moyenne augmenterait de 5 % en 2002 et en 2003. C'est un peu inférieur aux hypothèses de la commission des

comptes de la sécurité sociale, du fait d'une structure différente de la consommation de soins.

#### 1.4.2 Les résultats à législation constante

La prévision montre que les dépenses 2002 et 2003 devraient être nettement plus élevées que ce qu'ont prévu les lois de finances 2002 (rectificative) et 2003 (initiale).

**Tableau n° 13- Prévisions de dépenses AME (en Keuros)**

Payés en Soins de N	2000	2001	2002	2003	Total soins de N	Effectifs Moyens	Prestation moyenne
N = 2000	46 324	75 466	14 375	47 300	183 465	Ns	Ns
N = 2001	-----	123 504	148 600	25 400	297 504	99 350	2 995 T
N = 2002	-----	-----	181 000	273 700	454 700	142 700	3 186 T
N = 2003	-----	-----	-----	284 000	555 800	165 000	3 368 T
Total soins*	46 324	198 970	343 975	630 400			

Source : CNAMTS et calculs de la mission

\* soins postérieurs à 1999

NS = non significatif

#### 1.4.3 L'effet des mesures législatives adoptées en décembre 2002

La seconde loi de finances rectificative pour 2002 a adopté les trois mesures suivantes :

- les prestations de l'AME sont affectées d'un ticket modérateur ;
- l'accès à la totalité des soins de ville sans condition de durée de présence en France est généralisé à l'ensemble des bénéficiaires de l'AME
- les enfants des bénéficiaires de l'AME ne seront plus rattachés à la CMU.

La troisième disposition sera sans effet sur les dépenses d'AME. En effet, le rattachement des enfants à la CMU, issu de la LFSS 2002, n'a pas été appliqué par les caisses. L'impact du ticket modérateur devrait être tempéré par :

- les exonérations, qui s'appliqueront aux bénéficiaires de l'AME dans les mêmes conditions qu'aux assurés sociaux, sont nombreuses : 37 % des médicaments, 44 % des autres soins de ville, et 85 % des journées d'hospitalisation sont sans ticket modérateur ;
- le plafonnement de son montant dans les autres cas, selon un décret à venir.

Quant au meilleur accès aux soins de ville, il peut réduire le recours à l'hospitalisation, mais cet effet devrait être limité si l'on tient compte du fait que la population concernée est peu habituée à la médecine libérale, que son taux d'hospitalisation très élevé tient au moins autant à la difficulté d'organiser la sortie qu'à prévenir les entrées, et que la présence de pathologies graves ne donne pas le choix dans de nombreux cas. Les dépenses supplémentaires au titre des soins de ville peuvent assez facilement compenser, voire dépasser, les économies à attendre sur l'hospitalisation<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Une réduction de 5 % des journées d'hospitalisation aurait un effet équivalent à une dépense supplémentaire de 20 % en ville pour la moitié des bénéficiaires (hors Paris et Bobigny).



#### 1.4.4 Perspectives à moyen terme

La population étrangère sans titre de séjour susceptible de bénéficier de l'AME est évidemment mal connue. Dans le passé, lors de la dernière régularisation menée en 1997 et 1998, en application de la circulaire du 24 juin 1997, environ 150.000 demandes avaient été déposées, dont la moitié ont bénéficié d'une régularisation. Le nombre actuel de bénéficiaires de l'AME se situe dans le même ordre de grandeur (154 000 bénéficiaires).

Depuis 1998, les seuls flux connus se rapportent à l'augmentation de la demande d'asile conventionnel et territorial, qui influe sur le nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire, compte tenu des faibles taux d'accords et des difficultés posées par la mise en œuvre des procédures d'éloignement. Parmi les bénéficiaires actuels de l'AME se trouvent des déboutés du droit d'asile (cf point 2.2.3.2). Il est difficile cependant d'estimer les conséquences à moyen terme pour l'AME, pour plusieurs raisons : certains déboutés du droit d'asile peuvent être régularisés pour d'autres motifs ; les flux de retour au pays d'origine ou de départ vers d'autres pays d'émigration sont inconnus ; les délais de traitement des demandes devraient progressivement s'accélérer compte tenu des réformes annoncées par le gouvernement, mais selon un rythme inconnu lui aussi.

**Tableau n° 14- Evolution des demandes d'asile**

	1998	1999	2000	2001	2002	Taux d'accord moyen	Délai moyen de traitement*
Demandes d'asile conventionnel	22.375	30.907	38.747	48.595	50.951	18% recours compris	10 mois
Demandes d'asile territorial	1.416	8.164	13.858	31.206	Non disponible	3%	22 mois

Source OFPRA pour l'asile conventionnel, Ministère de l'Intérieur pour l'asile territorial

\* constaté fin 2001 par la mission interministérielle sur la gestion de l'asile ; rapport rendu en juin 2002.

## **PARTIE II - LES EXPLICATIONS**

Indépendamment de l'évolution du nombre d'étrangers sans titre de séjour présents sur le territoire, qui n'est ni connue ni prévisible, la forte augmentation des dépenses et des effectifs de bénéficiaires en 2001 et 2002 a trois explications : la transition vers la nouvelle aide médicale de l'Etat a été progressive (2.1) ; la priorité a été donnée à l'accès aux droits (2.2) ; des non-résidents peuvent être admis à l'AME (2.3).

### **2.1 Les facteurs liés à la transition vers la nouvelle AME**

La découverte en 2002 d'une lourde insuffisance de crédits tient d'abord à un manque de suivi. Les crédits inscrits aux lois de finances pour 2001 et surtout 2002 ne pouvaient résulter des données transmises trimestriellement par la CNAMTS. La forte croissance des effectifs était avérée dès le début 2001 et la modicité des prestations servies dans les principaux départements<sup>36</sup> indiquaient une montée en charge lente ou des retards de paiement.

#### ***2.1.1 La mise en place de l'aide médicale rénovée a été lente***

##### *2.1.1.1 Les difficultés rencontrées au début 2000*

Les CPAM, gestionnaires déléguées d'une partie des anciennes aides médicales, disposaient du logiciel nécessaire à la liquidation de prestations. Mais les conditions d'application de la loi du 27 juillet 1999 ne leur ont été connues qu'au fil des circulaires (10 janvier et 3 mai 2000) ; la convention de gestion avec la CNAMTS n'a été signée que le 17 octobre 2000; le formulaire CERFA d'admission n'a été disponible qu'au bout de plusieurs mois.

En attendant, elles ont dû former, et parfois recruter, des agents d'accueil pour apprendre ce nouveau métier, alors qu'elles supportaient dans le même temps le démarrage de la CMU, le passage à l'an 2000 et la migration du système informatique de gestion des assurés sociaux.

On peut donc comprendre qu'elles aient pris des mesures d'urgence comme l'ouverture de guichets ou de centres d'instruction spécialisés, et accepté la longueur des files d'attente ou la lenteur des notifications d'admission.

Les hôpitaux, quant à eux, ont dû adapter leurs logiciels de facturation en changeant de débiteur et en séparant les factures antérieures et postérieures à la réforme. Ils ont également dû mettre en place la télétransmission des factures, selon plusieurs circuits différents (frais de séjour, soins externes, médicaments rétrocedés).

---

<sup>36</sup> En particulier Paris et Bobigny. Au 30 juin 2001, ces deux caisses n'avaient payé que 18 % des prestations postérieures à 1999 alors qu'elles représentaient la moitié des effectifs.

Dans les deux cas, CPAM et hôpitaux, les retards ont été d'autant plus sensibles que la priorité a naturellement été donnée à la CMU, qui représentait des volumes autrement importants. Les retards liés à ce démarrage ont été progressivement résorbés, mais ne le sont pas encore entièrement (voir 2.1.3)

### *2.1.1.2 L'hébergement temporaire d'aide médicale départementale dans la CMU*

Une lettre ministérielle du 4 octobre 1999 a demandé que l'ensemble des dossiers des titulaires actuels de l'aide médicale départementale ou d'Etat soient transmis aux caisses de sécurité sociale qui prendront en charge les soins dispensés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000. Elle ajoutait que « tous les titulaires de l'aide médicale au 31 décembre 1999 bénéficient de plein droit de la CMU au 1<sup>er</sup> janvier 2000 »<sup>37</sup>.

En application de ces instructions, la plupart des CPAM ont inscrit les bénéficiaires des aides médicales au régime 89 (CMU) et les y ont laissés jusqu'au renouvellement de leurs droits, en vertu de lettres ministérielles prolongeant la période transitoire. Dans quelques cas (Seine St Denis notamment), le Département a isolé les assistés non assurés sociaux et les a transférés directement à l'AME.

Cette pratique a retardé l'entrée en AME d'une partie de ses bénéficiaires, et a ainsi freiné sa montée en charge. Mais, en sens inverse, certaines caisses n'ont pas été en mesure de ventiler, dans le courant de l'année 2000, les prestations postérieures et antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2000<sup>38</sup>. Si ces caisses étaient auparavant délégataires de gestion de l'aide médicale départementale, pourraient figurer dans les dépenses de l'AME des soins de 1999 payés en 2000, qui auraient dû être supportés par le Département.

## **2.1.2 La réforme de 1999 a permis d'améliorer l'accès à l'AME**

La loi du 27 juillet 1999 n'a changé ni le champ des bénéficiaires de l'AME, ni le régime des prestations. Mais il y a des raisons de penser que l'accès était plus restrictif auparavant de facto.

### *2.1.2.1 L'ancienne aide médicale départementale était plus restrictive dans les faits*

Le rapport présenté par M. Boulard, député de la Sarthe, en juin 1998, a souligné les limites résultant des conditions d'application des textes sur l'ancienne aide médicale départementale, et notamment la méconnaissance du principe d'admission immédiate, les délais d'instruction étant souvent longs parfois jusqu'à six mois.

<sup>37</sup> Interprétation de l'art. 28 de la loi, qui dispose seulement que ces personnes ont droit aux prestations de la CMU jusqu'au 31 mars 2000, mais non qu'elles doivent être affiliées à ce régime et financées par lui

<sup>38</sup> Celle de Marseille est dans ce cas car elle a payé en 2000 20 % des prestations pour 9 % des bénéficiaires au 31/12 (hors Paris et Bobigny) ; 3,2 M€ concerneraient des soins antérieurs à 2000

Le rapport n'établit pas de bilan particulier concernant les conditions d'affiliation des personnes étrangères sans titre de séjour. Les témoignages des agents de terrain rencontrés par la mission concordent pour dire que les CCAS étaient plus exigeants à l'admission, tant par la nature des justificatifs demandés que par la nature plus officielle du guichet qui conduisait à écarter ou décourager de nombreuses demandes<sup>39</sup>. A Paris par exemple, le bénéfice de l'aide médicale hospitalière a posteriori s'obtenait sur présentation du demandeur au centre d'action sociale ; en cas de non réponse à une deuxième convocation, le dossier était refusé. A Montpellier, les demandes d'aide médicale présentées par des étrangers sans titre de séjour figuraient souvent parmi les cas litigieux de délimitation entre le département et l'Etat.

De même, il a été dit à plusieurs reprises à la mission que certains hôpitaux n'acceptaient pas de délivrer des soins externes non urgents en l'absence d'un débiteur solvable attesté par une carte de droits. Il est possible qu'il en ait été de même pour des hospitalisations non urgentes.

### 2.1.2.2 La notoriété de la réforme

La mise en place des permanences d'accès aux soins (PASS) et de la CMU a incontestablement suscité un regain d'intérêt pour l'accès aux soins, tant de la part des responsables sociaux, associatifs et hospitaliers que des bénéficiaires eux-mêmes. La notoriété de la CMU a rejailli sur l'AME, délivrée au même guichet, et a contribué à la faire connaître.

Les possibilités ouvertes par les nouveaux guichets, accessibles et neutres ont été progressivement perçues, d'autant que les justificatifs demandés étaient très légers. Une enquête de la CPAM de Paris atteste de cette acclimatation progressive : le nombre d'admissions délivrées s'est rapproché du nombre de personnes reçues aux guichets, ce qui montre que les demandes d'admission ont suivi les demandes d'information.

**Tableau n°15- personnes reçues et admissions**

	1- Personnes reçues	2- Admissions prononcées	2/1
2000	19 418	9 962	51 %
2001	32 620	25 974	80 %
2002 (au 30/9)	38 970	32 853	84 %

Source : CPAM de Paris

### 2.1.3 Le paiement des soins hospitaliers a pris du retard

Il a été fait état de difficultés de facturation dans certains hôpitaux en 2000, du fait de la transition de l'ancienne AME vers la nouvelle. Ce n'est pas le cas de l'AP-HP, qui a émis les factures de l'AME sans à-coups particuliers en l'an 2000<sup>40</sup>. En revanche, leur traitement par les CPAM a pris un gros retard. La télétransmission des frais de

<sup>39</sup> Il fallait prouver une résidence dans la commune et son ancienneté ; les cartes de droit permettant le tiers payant n'étaient pas générales ; l'octroi de bons de soins ponctuels ou pour une durée limitée nécessitait de renouveler fréquemment les démarches ; parfois même, les CCAS se trouvaient à proximité de commissariats (cas du CCAS du 18<sup>ème</sup> arrondissement à Paris).

<sup>40</sup> 81 M€ ont été facturés en 2000 (frais de séjour + soins externes, tous exercices) dont 37 % au 1<sup>er</sup> semestre

séjour vient à peine de démarrer dans une partie des établissements<sup>41</sup> ; il a fallu plus de 18 mois entre la fin des tests dans deux hôpitaux (fin 2000) et la généralisation de la télétransmission (été 2002) ; en attendant, les frais de séjour des années 2000 et 2001 ont été laissés en instance dans deux cas : elles n'ont été traités manuellement par la CPAM de Bobigny qu'à partir de septembre 2001 et par celle de Paris qu'en 2002, ce qui explique largement la « bosse » du 3<sup>ème</sup> trimestre. En outre, la ventilation des factures de l'AP-HP par année de soins n'est pas totalement fiabilisée.

Le retard des CPAM d'Ile de France n'est pas encore entièrement résorbé ; il concerne surtout l'AP-HP, mais aussi 4 hôpitaux de Seine St Denis, dont les sous-traitants informatiques n'ont pas encore programmé la télétransmission des factures, lesquelles sont retenues par la CPAM en attendant<sup>42</sup>. Les frais de séjour en instance sont les suivants.

**Tableau n° 16- Factures hospitalières en instance au 31/12/2002 (Ile de France)**

En Meuros Au titre de l'année N	CPAM 75 (APHP)	CPAM 93 APHP autres	CPAM 92 (APHP)	Autres CPAM (APHP)	Total CPAM Ile de France
N < 2000	6,5				6,5
N = 2000	47,2	1 8,6	0,8	1	58,6
N = 2001	11,6	0,5 3,7	0,5	1,5	17,8
N = 2002	42,3	14,9	7,4	4,7	69,3
total	107,6	28,7	8,6	7,2	152,2

Source : APHP ; CPAM 93

S'ajoutent à ces chiffres une partie des consultations externes et des rétrocessions de médicaments par les pharmacies hospitalières, dont le retard de traitement a plusieurs causes : la télétransmission est encore plus en retard en Ile de France<sup>43</sup> ; la CPAM de Paris retient les factures d'anti-rétroviraux depuis l'été 2002 en attente d'instructions nationales à la suite des deux arrêts de la Cour de cassation<sup>44</sup>.

#### **2.1.4 L'Etat continue de rembourser depuis 2000 des dettes relevant de l'ancienne AME.**

Lors de la mise en place de la nouvelle AME, l'Etat était redevable de dettes relevant de l'ancienne aide médicale, à l'égard des CPAM qui avaient délégation de gestion, ainsi qu'à l'égard d'établissements ou de professionnels de santé, et des URSSAF pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle.

S'agissant des dettes à l'égard des CPAM, la convention Etat/CNAMTS du 17 octobre 2000 a prévu que « les dépenses relatives aux soins effectués avant le 1/01/2000 et qui restent à rembourser par l'Etat seront remboursées aux CPAM par les DDASS si les justificatifs sont présentés à ces dernières le 30/06/2000 au plus tard. » Pendant le

<sup>41</sup> Paris : démarrage effectif en juillet 2002 avec l'APHP ; les autres hôpitaux et cliniques télétransmettent depuis plusieurs années ; Nanterre : aucune télétransmission jusqu'ici ; démarrage prévu avec l'APHP en décembre 2002 ; Bobigny : seule l'APHP télétransmet, depuis mai 2002 ;

<sup>42</sup> Hôpitaux de St Denis, Aulnay-sous-Bois, Montreuil et Le Raincy-Montfermeil ; ce problème ne concerne pas seulement l'AME mais l'ensemble de la facturation aux tiers hors DGF

<sup>43</sup> Paris : la télétransmission des consultations externes avec l'APHP est en test à l'automne 2002 ; celle des médicaments rétrocédés est attendue en 2003 ; Nanterre : démarré en juillet 2002 pour les médicaments ; test en décembre 2002 pour les consultations externes ; Bobigny :

<sup>44</sup> Cass, soc. 11/07/02 : « la majoration de 15 % est applicable aux médicaments antirétroviraux délivrés par les pharmacies hospitalières aux malades ambulatoires »

premier semestre 2000, les CPAM ont donc distingué, dans la remontée des créances antérieures à 2000, celles qui étaient payables directement par les DDASS et celles qui resteraient à facturer au niveau national. Depuis cette date, la CNAMTS facture dans ses arrêtés trimestriels les dépenses antérieures à 2000.

**Tableau n°17- Dépenses antérieures à 2000 facturées par la CNAMTS (en Keuros)**

Versé en :	2000	2001	2002 (T1 à T3)	total
Cotisations + gestion	23 703	158	9	23 870
Prestations	43 585	15 339	19 911	78 835
<b>Total</b>	<b>67 288</b>	<b>15 497</b>	<b>19 920</b>	<b>102 705</b>
Remboursement DDASS	34 101	46	0	34 147
Remboursement Etat	2 021	0		
Solde au 31/12	31 167	46 618	66 538 au 30/09	

La loi de finances rectificative votée en juin 2002 a permis de rembourser le solde à hauteur de 65 753 KT (connu au 30/06/2002.) Il resterait à payer au moins les factures de l'AP-HP (6 500 K€selon elle).

Par ailleurs, les crédits obtenus en LFR 2002 ont permis d'apurer les dettes de l'Etat vis à vis des établissements et professionnels de santé, et des URSSAF à hauteur de 68 millions d'euros, par délégation aux DDASS.

## 2.2 Les facteurs liés aux conditions d'application de la loi

Dans la phase de mise en place de la nouvelle AME, la direction prise a nettement été de privilégier l'accès aux soins et de faciliter l'accès aux droits. Aucun des décrets prévus par la loi n'a été pris<sup>45</sup>. En revanche, des instructions ont été données<sup>46</sup>, et des initiatives locales ont été prises. Ces instructions et initiatives sont toutes allées dans le sens d'une interprétation extensive de la loi, voire ont débordé le cadre légal.

### 2.2.1 L'ouverture des droits est largement simplifiée et déclarative

La demande d'AME se matérialise par un formulaire CERFA d'une page. Le demandeur doit faire connaître son identité, son domicile, les personnes à sa charge, la date de son arrivée en France, ses ressources, et les membres de sa famille habitant en France. Selon les instructions ministérielles les pièces justificatives à joindre peuvent être remplacées par une déclaration sur l'honneur à signer en bas du formulaire, mais cet usage doit « conserver un caractère exceptionnel »<sup>47</sup>. Cette précaution s'est avérée difficile d'application. Les déclarations sur l'honneur sont courantes dans les faits.

En conséquence, les refus sont très rares (1 % à Paris, 4 % en Seine St Denis), et sont généralement des ajournements. En l'absence de « fichier contacts » dans les CPAM, rien n'interdit de tenter une nouvelle fois sa chance plus tard ou ailleurs<sup>48</sup>.

<sup>45</sup> Modalités d'application (décrets en Conseil d'Etat, art L 251-3, L 252-5, L 253-4 CASF) ; conditions d'admission (D, art L 252-3), rétroactivité de l'admission (art L 252-4), personnes gardées à vue (D, art L 251-1)

<sup>46</sup> circulaires du 10/01/2000 et du 3/05/2000.

<sup>47</sup> Circulaire du 10 janvier 2000

<sup>48</sup> revenir lorsque le visa est expiré, changer de guichet lorsque l'on a déclaré trop de ressources etc ...

### 2.2.1.1 Les déclarations sur l'honneur

Un sondage fait par la CPAM de Paris sur 6 132 dossiers d'admission dans 41 permanences d'accueil en 2001 donne les résultats suivants.

**Tableau n° 18- Déclarations sur l'honneur à Paris**

Motif	nombre	%
Résidence	2 424	40 %
Identité	94	1,5 %
Ressources	6 058	99 %
Domicile	56	0,9 %
Total	6 132	

Source : CPAM de Paris

La généralité des déclarations sur l'honneur pour les ressources se retrouve dans tous les départements visités. De même, le petit nombre de celles relatives à l'identité est constant. Encore la proportion constatée est-elle plus importante à Paris que dans les autres départements visités, ce qui peut tenir à une plus grande fréquence de perte de passeports<sup>49</sup>.

Les déclarations sur l'honneur relatives au domicile sont très minoritaires à Paris, comme dans les autres départements. Mais, comme on le verra plus loin (b), les autres pièces produites ne sont souvent pas plus convaincantes.

En revanche, la proportion de déclarations sur l'honneur est plus élevée en ce qui concerne la durée de résidence en France. Mais cela ne veut pas dire que les documents produits dans les autres cas soient tous probants.

**Tableau n°19- Documents établissant la résidence en France**

	Total	%
Passeport avec visa	45	48%
Passeport sans visa	26	28%
Titre de séjour expiré <i>dont déboutés du droit d'asile</i>	14 13	15%
Pas de justificatif	8	9%
total	93	100%

Source : dossiers étudiés par la mission

Il résulte des dossiers d'admission étudiés par la mission que, lorsque des documents sont produits, près de la moitié d'entre eux n'établit pas la date d'entrée en France<sup>50</sup>. Face à un document qui établit une date d'entrée très récente (visa en cours de validité), l'attitude des CPAM est diverse : certains guichets ajournent le dossier, d'autres font signer une simple attestation d'intention de résider. La DGAS a consacré cette pratique en considérant que « ces dossiers doivent être traités par les CPAM pour une couverture de droit commun (CMU ou AME) » et non par l'AME à titre humanitaire destinée aux non résidents (cf. infra point 2.3.1).

<sup>49</sup> Il a été dit que des passeurs récupéraient les passeports pour les réutiliser

<sup>50</sup> passeports sans visa ou sans date d'entrée en France, cartes d'identité ou permis de conduire du pays d'origine, photocopies... Les titres de séjour dont la validité est expirée attestent de la résidence en France mais pas de la date d'entrée sur le territoire.

Cela, ajouté à la proportion de déclarations non documentées, ne permet pas dans un certain nombre de cas de distinguer entre le visiteur et le résident.

### 2.2.1.2 *La réalité du domicile*

Les preuves du domicile généralement utilisées sont :

- des quittances de loyer au nom du demandeur
- une attestation d'hébergement chez un particulier ou un logeur collectif
- une domiciliation auprès d'une association
- la déclaration sur l'honneur

La première et la quatrième sont très rares (moins de 1 % des cas). Les deux autres sont inégalement probantes.

L'attestation de domicile est très généralement sur papier libre, parfois non signée et rarement accompagnée de la pièce d'identité de l'hébergeant<sup>51</sup> ; elle est accompagnée de divers documents (quittances de loyers, factures EDF, factures de téléphone...) dont chacun reconnaît qu'il est facile de se les procurer<sup>52</sup>.

Quant à la domiciliation associative, elle est diversement utilisée. Dans certains départements elle est très minoritaire et concerne un petit nombre d'associations bien connues des DDASS. Dans l'Hérault, elle représente 5 % des admissions<sup>53</sup>, et 20 % dans les Hauts de Seine, dont les  $\frac{3}{4}$  dans 3 associations. En revanche, à Paris, elles représentent plus du tiers des admissions<sup>54</sup>. Dans tous les cas, les CPAM admettent les déclarations produites, et il est donc très probable que l'élection de domicile auprès d'associations dépasse très largement le cas des sans domicile fixe pour lequel il a été institué.

### 2.2.1.3 *L'appréciation des ressources*

La loi indique clairement que les ressources sont appréciées dans les mêmes conditions que la CMU<sup>55</sup>, et que les prestations peuvent être recouvrées sur les obligés alimentaires. La pratique est sensiblement différente.

- Les ressources des ayants droit en France ne sont pas demandées. La réglementation de la CMU prévoit pourtant que les ressources à prendre en compte sont celles du foyer, et la circulaire d'application de l'AME du 10 janvier 2000 le rappelle. Mais une autre circulaire, du 3 mai 2000, a rendu cette disposition inopérante en considérant que l'étranger qui ne peut être l'ayant droit de son conjoint assuré social

<sup>51</sup> Une partie des centres de la Seine St Denis l'a exigé pendant un temps ainsi que la permanence CPAM de la CAFDA à Paris ; cette pièce est spontanément produite dans une partie des dossiers de l'Hérault, où les demandeurs sont souvent hébergés dans leur famille

<sup>52</sup> Un sondage réalisé sur 58 dossiers d'admission à Montpellier fait apparaître que 14 d'entre eux ne comportent pas de justificatif de domicile signés et donc sont déclaratifs.

<sup>53</sup> sondage fait par la mission sur une soixantaine de dossiers

<sup>54</sup> Etude de la DDASS de Paris menée en mai 2002 auprès des 48 associations agréées pour la CMU, l'AME, le RMI ou d'autres démarches. Parmi elles, une vingtaine accueille des déboutés du droit d'asile ou des étrangers en situation irrégulière.

<sup>55</sup> L'art L 252-1 CASF se contente de renvoyer au plafond de la CMU (CSS, art L 861-1)



parce que son séjour n'est pas régulier peut faire une demande d'AME « à titre propre, sur la base de ses ressources personnelles ». De fait, le formulaire CERFA ne demande que les ressources du demandeur lui même ; la mission a ainsi constaté des cas d'admission à l'AME de conjoints d'assurés sociaux étrangers dont les ressources étaient connues mais n'ont pas été prises en compte.

- Les ressources du demandeur à l'étranger ne sont pas demandées. La circulaire du 10 janvier 2001 et le formulaire CERFA limitent l'investigation sur les ressources à celles « depuis votre arrivée en France si vous résidez en France depuis moins d'un an ». Cette restriction non prévue par la loi est également contraire à l'équité entre demandeurs.
- Les ressources des ayants droit habitant à l'étranger ne sont pas demandées. La même circulaire précise que les ressources sont celles du demandeur et de ses ayants droit « habitant avec lui en métropole ou dans les DOM », ce qui appelle les mêmes remarques.
- La récupération sur les obligés alimentaires n'a jamais lieu. La rédaction de l'Art L 253-1 du CASF interdit de faire de la communication des ressources des obligés alimentaires une condition de l'admission à l'AME. Elle devrait conduire, en revanche, à informer les demandeurs de la possibilité de récupération a posteriori et à recueillir dès l'adhésion la liste des débiteurs d'aliments. En pratique, cela n'est pas fait et la mission n'a trouvé trace d'aucun exemple d'application de cette procédure. Il est vrai que la notice d'utilisation du formulaire CERFA est particulièrement obscure sur ce point<sup>56</sup>.
- Les aides en nature ne sont jamais valorisées. Les demandeurs sont très rarement hébergés à leur nom. Mais, lorsqu'ils déclarent être hébergés par des tiers, le loyer qu'ils versent n'est jamais demandé et, s'ils n'en versent pas, l'avantage en nature n'est jamais valorisé.

Ainsi, la simplification extrême des questions posées sur les ressources du demandeur et de sa famille aboutit-elle à ce qu'en pratique, les rubriques correspondantes du formulaire d'admission sont le plus souvent biffées. Il faut certes admettre que la vérification des ressources est très difficile, s'agissant de revenus non déclarés. Mais, d'une part, une déclaration trop imprécise décourage toute vérification a posteriori ; d'autre part, certains éléments de ressources peuvent être mesurés ou évalués pour peu qu'ils soient demandés : ressources régulières du conjoint, aide de la famille, hébergement gratuit... A l'extrême, il n'est pas normal que les caisses soient impuissantes lorsque la fraude est avérée<sup>57</sup> (cf. point 1.2.1.6).

<sup>56</sup> « Après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à demander le recouvrement ». Le dossier provisoire de demande d'AME annexé à la circulaire du 10 janvier 2000 était plus clair : « après votre admission à l'aide médicale de l'Etat, le préfet est habilité par l'art 189 du CFAS à demander, s'il y a lieu, le recouvrement des dépenses d'aide médicale de l'Etat auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire envers vous »

<sup>57</sup> Tel international de football se vantant auprès de son médecin de gagner 900 000 euros par an ; tel bénéficiaire de l'AME demandant le remboursement d'une provision d'hospitalisation de 12 000 euros par chèque tiré sur le département « private banking » d'une grande banque ; tel docteur en mathématiques époux d'une salariée en France...

#### 2.2.1.4 La possibilité d'admission immédiate à certains guichets

En règle générale, l'accueil des demandeurs de l'AME est banalisé<sup>58</sup> et l'instruction des dossiers se fait, comme pour la CMU, en différé, dans des délais raisonnables. En revanche, des procédures dérogatoires subsistent à Paris.

A Paris, l'accueil se fait dans une quarantaine de permanences dédiées à l'AME, en milieu hospitalier ou associatif. Les demandeurs sont reçus sans rendez-vous. L'instruction se fait sur place, au rythme de 4 à 6 par heure. La décision est prise sur le champ et l'attestation de droits délivrée immédiatement. L'AME permet donc un accès aux droits plus rapide que la CMU (qui n'est accordée qu'en différé), avec des formalités nettement moins lourdes, et des droits presque aussi étendus (hors prothèses dentaires et dispositifs médicaux) puisque la condition de trois ans de résidence pour accéder aux soins de ville n'est pas appliquée (cf. point 2.2.2.2). Il n'est pas étonnant que cette facilité d'accès attire des personnes en attente de CMU ou qui habitent ailleurs. Ce dernier point est illustré par le tableau suivant.

**Tableau n°20- Lieu d'exécution des actes d'AME payés par la CPAM de Paris**

Année des actes	Paris	Banlieue	Province
2000	57,3 %	41%	1,7%
2001	83,2%	16,1%	0,7%

Source : CPAM de Paris ; soins payés au 30/9/2002

En Seine St Denis, l'accueil est décentralisé depuis avril 2002 au sein des 50 points de contacts avec les assurés sociaux, donc banalisé. L'instruction est centralisée en un point unique et les décisions sont prises en différé dans un délai de 15 à 20 jours. Les attestations sont envoyées par la Poste. Des attestations provisoires sont délivrées qui permettent la délivrance immédiate de soins à l'hôpital.

Dans les Hauts de Seine, l'accueil se fait depuis juillet 2002 dans les 22 centres locaux ; auparavant, il y avait un guichet unique pour la CMU et l'AME. L'accueil des bénéficiaires de l'AME se fait sur rendez-vous depuis septembre 2002. Il n'y a pas d'attestations provisoires, mais des affiliations d'urgence peuvent être délivrées par fax ou messagerie sécurisée (18 % des admissions, dont 80 % en provenance d'hôpitaux). L'instruction des dossiers est menée dans un délai de 3 semaines à un mois.

Dans l'Hérault, l'accueil se fait à 79 % dans les guichets de la CPAM. Les autres dossiers sont constitués dans les hôpitaux (9 %), des associations (7,5 %) et les CCAS (4,5 %)<sup>59</sup>. Les décisions sont prises en moins d'une semaine et envoyées par la Poste.

La délivrance d'attestations immédiates pose le problème du temps nécessaire à la vérification des pièces produites et des droits antérieurs éventuels. Hors les cas d'urgence, elle se justifie d'autant moins que l'admission peut être prononcée à titre rétroactif (CASF, art L 252-3). Or l'absence de contrôle a priori approfondi ouvre la possibilité d'affiliations multiples. Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas enregistrés selon le numéro national inter-régimes (NIR), mais selon un numéro propre à chaque caisse primaire. Pour savoir s'il y a des affiliations multiples, ou pour savoir s'il s'agit d'une première admission ou d'un renouvellement, il faut interroger les fichiers locaux par le nom, ce qui est long et hasardeux : incertitude fréquente sur l'orthographe des

<sup>58</sup> rapport IGAS sur la première évaluation de la loi CMU, Y Carsenac et E Liouville, décembre 2001

<sup>59</sup> source CPAM de Montpellier, admissions au 1<sup>er</sup> semestre 2002)

noms<sup>60</sup> ou sur l'ordre des noms ; inscription des épouses tantôt sous leur nom de jeune fille, tantôt sur celui de leur mari ; disponibilité du fichier informatique<sup>61</sup>. Une double affiliation ne double certes pas automatiquement la consommation, mais la double attestation qu'elle crée augmente le risque d'utilisation par des tiers (cf. 2.2.1.6).

#### 2.2.1.5 *Les limites du contrôle a posteriori*

Le contrôle a posteriori est peu développé dans les caisses visitées, car son efficacité est limitée dans l'état actuel des choses. En effet, en cas de fraude avérée, les caisses peuvent annuler le droit à l'AME ; mais l'attestation délivrée reste valide, car le tiers payant rend inopérant son rappel, les professionnels de santé avançant les frais n'étant pas informés des annulations prononcées.

Cette limite a été soulignée par la plupart des interlocuteurs rencontrés, et plaide pour un meilleur contrôle a priori de l'ouverture de droits.

Dans un seul des départements visités (l'Hérault), la DDASS et la CPAM ont élaboré en 2002 un plan de contrôle spécifique à l'AME. Ce plan s'inscrit dans une volonté plus générale de la DDASS de clarifier les règles d'ouverture des droits (notamment sur les cas particuliers où la résidence en France n'est pas avérée), et d'ouvrir de manière dérogatoire l'accès aux soins de ville avant trois ans dans certains cas.

Le plan de contrôle envisagé prévoit plusieurs niveaux :

- le contrôle des droits des bénéficiaires par la CPAM,
- le contrôle par la DRASS, dans le cadre des contrôles COREC, de la gestion des droits AME menée par la CPAM,
- et le contrôle des dérogations accordées pour l'accès aux soins de ville.

La CPAM de Montpellier a mené dans ce cadre des contrôles sur la réalité du domicile. Ils concernaient des domiciliations multiples chez un même particulier, et les bénéficiaires n'y ont pas été trouvés. La réalité du domicile serait de peu d'importance s'il s'agissait seulement de savoir si le bénéficiaire habite tel département plutôt que tel autre. L'AME est en effet nationale. Encore faut-il nuancer : un sondage fait sur des factures de transports à Paris a montré que le domicile n'est pas celui indiqué à l'admission dans huit cas sur vingt. Mais elle devient en revanche importante dès lors qu'une fausse déclaration peut aussi signifier que le bénéficiaire n'habite pas en France et y vient occasionnellement.

Dans les autres départements, les contrôles a posteriori sur le domicile ou la résidence sont rares. A Paris, sur la cinquantaine d'associations domiciliaires, une seule a été visitée par la DDASS, sans que l'on puisse parler de contrôle. Dans les Hauts de Seine, la CPAM a opéré en 2001 et 2002 une dizaine de contrôles sur la résidence en France qui ont permis de vérifier la présence en France à l'issue de la période de validité du visa et donc de confirmer l'accès à l'AME.

---

<sup>60</sup> Au cours d'un même mois, il y avait, dans le centre d'instruction de Seine St Denis, 24 inscriptions au nom de Zhu, et 40 Zheng, dont 13 avec le même premier prénom

<sup>61</sup> Les guichets parisiens dédiés doivent utiliser le minitel ; certains d'entre eux n'ont accès qu'à l'un des deux fichiers régionaux (CERTI et CESTIF)

### 2.2.1.6 *L'absence d'attestations de droits sécurisée*

Il n'y a pas de modèle national d'attestation de droits. La grande diversité des documents établis par les CPAM non seulement ne facilite pas leur reconnaissance par les professionnels de santé, ce qui peut occasionner des refus de soins, mais encore facilite les photocopies ou les imitations. Il n'y a jamais la photographie du bénéficiaire, et une seule CPAM parmi celles visitées (Nanterre) utilise depuis quelques mois un papier non photocopiable, suite au signalement de fausses attestations en circulation.

### 2.2.2 *L'accès aux soins de ville est possible dans certains cas sans durée de résidence*

L'art L 111-2 CASF dispose que les personnes ne justifiant pas d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans peuvent bénéficier des soins hospitaliers et des :

- consultations externes des établissements de santé
- prescriptions ordonnées à l'occasion d'une hospitalisation
- prescriptions ordonnées en cas de consultation externe

En outre, toute limitation peut être supprimée par décision ministérielle « pour tenir compte de situations exceptionnelles ». Cette possibilité de dérogation n'a pas été utilisée. En revanche, deux extensions contraires à la loi et beaucoup plus larges ont été apportées.

#### 2.2.2.1 *Les enfants sur tout le territoire*

Depuis mai 2000, les enfants mineurs dont le représentant légal est en situation irrégulière peuvent bénéficier des soins de ville « quelle que soit la durée écoulée depuis leur entrée en France »<sup>62</sup>.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu que les mêmes enfants relèveraient désormais de la CMU, mais cette disposition n'a pas été appliquée, car le texte voté ne permettait pas la prise en charge du ticket modérateur par la CMU complémentaire.

#### 2.2.2.2 *L'ensemble des bénéficiaires à Paris depuis 2000 et en Seine Saint Denis depuis mai 2002*

Des accords conclus entre le préfet et le directeur général de la CPAM ont étendu le bénéfice des soins de ville à l'ensemble des bénéficiaires de l'AME, quelle que soit leur durée de résidence en France, dans les deux départements où les bénéficiaires sont les plus nombreux :

- A Paris, le protocole local du 7 février 2000
- En Seine Saint Denis, la convention du 3 mai 2002<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle, § D-I-A

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la situation dans ces deux départements était très différente, quoique déjà plus favorable que le droit applicable.

A Paris, le protocole de délégation de gestion du 16 août 1999 avait consacré l'abandon de la règle des trois ans de résidence pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (personnes sans domicile fixe), ce qui concernait environ 2000 étrangers en situation irrégulière selon une estimation de la DDASS ; le Département, en revanche, ne délivrait des bulletins de soins ouvrant droit pour six mois à l'ensemble des soins de ville aux bénéficiaires de l'aide médicale départementale « non assurés non affiliables »<sup>64</sup>, que si ceux-ci prouvaient une résidence de plus de trois ans. Les bénéficiaires de ces « bulletins blancs » étaient au nombre de 6 630 au 31/12/1999. Les autres étrangers en situation irrégulière se voyaient délivrer des « bulletins verts », ouvrant ponctuellement droit aux seules consultations externes des hôpitaux, aux actes pratiqués dans les dispensaires publics et assimilés (CPAM, CRAMIF, CCAS, Croix Rouge...), ainsi qu'aux prescriptions exécutées en ville qui en résultaient<sup>65</sup>. L'effectif des bénéficiaires de bulletins verts était, selon une enquête de la DASES, inférieur à 1 500 personnes.

En Seine Saint Denis, le Département allait également plus loin que la loi, en ouvrant des droits pour des durées de séjour inférieures à trois ans, mais dans des conditions et limites qui n'ont pu être précisées par les interlocuteurs de la mission.

### 2.2.2.3 Situation au 30 septembre 2002

Au 30 septembre 2002, la première extension de l'AME bénéficie à environ 5 700 enfants, soit 8 % des bénéficiaires de l'AME (hors Paris et Bobigny). La seconde extension porte sur 78 500 bénéficiaires et ayants droit, soit 52 % des bénéficiaires de l'AME.

Sur les 153 576 bénéficiaires de l'AME au 30/9/2002 (chiffres rectifiés – voir 1.1.1, tableau n° 6), plus des ¾ bénéficiaient de l'ensemble des soins de ville.

**Tableau n° 18- Etendue des droits aux soins de ville**

Bénéficiaires et ayants droit	Ensemble des soins de ville	Soins de ville restreints
Paris	59 909	0
Bobigny	24 361	0
Enfants autres Départements (e)	5 700	0
Adultes autres Départements	30 200	33 400
<b>Total France</b>	<b>120 170 (78,2 %)</b>	<b>33 400 (21,8 %)</b>

Source : Statistiques CNAMTS et estimations de la mission

La généralisation de l'accès à la totalité des soins de ville par la seconde loi de finances rectificatives pour 2002 a ainsi mis fin à une inégalité de fait.

<sup>63</sup> à l'exception des bénéficiaires de l'aide médicale à titre humanitaire (2<sup>e</sup> alinéa Art L 251-1 CASF)

<sup>64</sup> « NASNAF », ce qui correspond à très peu près aux étrangers en situation irrégulière

<sup>65</sup> La confusion ayant conduit au protocole du 7 février 2000 vient peut-être du fait que seuls les titulaires de bulletins blancs (+ de 3 ans de résidence) figuraient dans le fichier permanent transmis par la DASES à la CPAM au début 2000 ; les bénéficiaires de bulletins verts, accordés au coup par coup, n'étaient pas répertoriés.

### **2.2.3 Les difficultés d'articulation de l'AME avec la CMU ou d'autres régimes de sécurité sociale conduisent à majorer le nombre de bénéficiaires de l'AME.**

La régularité du séjour est une situation variable dans le temps. Plusieurs cas d'enchaînement entre AME et d'autres régimes de sécurité sociale peuvent se présenter, selon que le bénéficiaire voit sa situation se régulariser ou, au contraire, se voit notifier la fin de son droit au séjour.

Ces transitions se passent dans les faits plus ou moins bien. La mission a identifié deux situations qui sont susceptibles d'influer sur le nombre de bénéficiaires de l'AME : l'admission à l'AME à titre transitoire de personnes qui pourraient bénéficier de la CMU, et inversement l'absence de maintien de droits au régime de sécurité sociale lorsqu'il est mis fin à la régularité du séjour

#### *2.2.3.1 L'admission à titre transitoire de personnes qui pourraient bénéficier de la CMU ou d'un autre régime de sécurité sociale*

Lorsqu'un bénéficiaire de l'AME est régularisé sur le plan du séjour, il accède à l'assurance maladie en fonction de sa situation (salarié, étudiant, CMU...). Ces cas ne posent pas en droit de difficulté et sont relativement fréquents.

L'accès à la CMU sur critère de résidence prévu à l'article L 380-1 du code de la sécurité sociale a été considéré comme possible dès que l'intéressé peut attester qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture<sup>66</sup>. L'accès aux autres régimes de sécurité sociale est soumis aux dispositions de l'article L 115-6 du même code, dispositions plus restrictives dans la mesure où l'affiliation dépend de la production de titres de séjour dont la liste est fixée réglementairement<sup>67</sup>.

Dans les départements visités, les CPAM appliquent ces instructions et ouvrent le droit à la CMU sur présentation d'un récépissé de demande ou d'une convocation en préfecture (ou à Paris, de la notice de demande d'asile conventionnel ou territorial). Mais d'une part l'obtention de ces documents nécessite un certain délai, qu'il s'agisse de documents provisoires ou de titres de séjour. D'autre part, les CPAM n'ont pas toujours une bonne connaissance de la multiplicité des documents produits. Dans l'intervalle ou dans le doute, si les intéressés ont besoin de soins, ils peuvent demander à bénéficier de l'AME. En outre, une fois munis de ces documents, à Paris, les délais d'obtention d'un rendez-vous pour ouvrir les droits à la CMU peuvent varier selon les centres de la CPAM. Au centre de la rue Manin, le délai moyen de rendez-vous est de trois semaines. Il est de dix jours pour les demandeurs d'asile domiciliés par France Terre d'Asile dans son antenne du boulevard Serrurier, trois mois pour ceux qui sont domiciliés dans une autre antenne rue Ganneron. Or l'AME est ouverte à Paris immédiatement sans rendez-vous, d'où des arbitrages possibles en faveur de l'AME.

Les écarts de délai ne sont pas aussi significatifs dans les autres départements visités. Mais d'une façon générale, il est probable que l'AME bénéficie, de façon transitoire, à des personnes qui sont « régularisables » ou en cours de régularisation.

<sup>66</sup> Cf. circulaire du 3 mai 2000

<sup>67</sup> Articles D 115-1 et D 115-2 du code de la sécurité sociale.

Une étude demandée par la mission à la CPAM de Paris confirme cette hypothèse et établit que 11% des bénéficiaires de l'AME au 30/06/2001 avaient changé de régime plus d'un an plus tard (30/09/2002).

De même, la permanence d'accès aux soins de santé de l'hôpital Louis Mourier dans les Hauts de Seine a réalisé une étude sur 324 patients étrangers suivis par elle. Parmi eux, 197 sont en situation irrégulière, dont 59 (soit 30%) pourraient demander une régularisation aux titres suivants :

- 16 demandes d'autorisations de séjour pour soins ;
- 11 demandes au titre des 10 ans de présence en France ;
- 8 demandes pour conjoints de Français ;
- 7 demandes pour isolement ;
- 13 demandes pour parents d'enfants nés en France ;
- 4 demandes pour regroupement familial.

Par ailleurs, l'octroi de la CMU à des étrangers demandant leur régularisation pour raison de santé pose un problème d'interprétation<sup>68</sup>. Au regard des instructions ministérielles, ces personnes sont en situation régulière puisqu'elles ont fait une démarche auprès de la préfecture. Or l'article L 380-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère les cas où la CMU ne doit pas être accordée, mentionne « *les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure* ». C'est à ce titre que la CPAM de Montpellier n'accorde pas la CMU aux demandeurs d'autorisations de séjour pour soins, mais l'AME. Les autres CPAM visitées ouvrent le droit à la CMU. La portée de cet article L 380-3 doit donc être précisée.

#### 2.2.3.2 *L'intervention de l'AME à titre partiel en cas de maintien des droits aux régimes de sécurité sociale est rarement utilisée.*

Lorsqu'une personne n'a plus droit au séjour, son affiliation à l'assurance-maladie est réexaminée. En vertu des articles L 161-8 et L 161-15-1 du code de la sécurité sociale, deux cas sont alors possibles :

- si la personne bénéficiait de la CMU de base et complémentaire, l'affiliation prend fin au moment du renouvellement de la CMU complémentaire, soit au bout d'un an ; il n'existe pas de maintien de droit pour la CMU.
- si la personne était affiliée à un autre régime de sécurité sociale, elle bénéficie d'un maintien de droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie et maternité pour une période de 4 ans. Dans ce cas, la circulaire du 3 mai 2000 dispose que l'AME peut intervenir à titre complémentaire.

La mission a constaté que l'utilisation de l'AME à titre complémentaire en cas de maintien de droit était rarement effective. Dans les extractions demandées à la CNAMTS sur la comptabilisation des bénéficiaires au 30/09/2002, le nombre d'AME complémentaire s'établirait à 1700 sur 6 caisses<sup>69</sup>. Pourtant, d'après les entretiens

<sup>68</sup> La loi sur l'entrée et le séjour des étrangers en France (dite RESEDA) du 11 mai 1998 a prévu dans son article 12 bis 11<sup>ème</sup> alinéa, la possibilité pour un étranger d'obtenir un titre de séjour, si son « 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 approprié dans le pays dont il est originaire ». L'annexe 6 présente cette procédure.

<sup>69</sup> 1201 à Paris, 236 à Créteil, 142 à Nanterre, 95 à Marseille, 16 à Montpellier et 14 à Bobigny.

menés, elle n'est pas appliquée à Paris, ni en Seine Saint Denis, pour des motifs apparemment techniques, qui, après vérification, n'existent pas.

Or ces cas ne sont pas rares numériquement et pourraient être plus nombreux à l'avenir. En effet, les demandeurs d'asile conventionnel sont affiliés au régime chômeurs lorsqu'ils perçoivent l'allocation d'insertion (et non à la CMU de base). Lorsqu'ils sont déboutés de leur demande, le maintien de droits devrait pouvoir s'appliquer, et l'AME intervenir seulement en remplacement de la CMU complémentaire. Dans les dossiers examinés par la mission, la proportion de déboutés du droit d'asile s'établissait dans une fourchette d'un cinquième à un quart des dossiers, pour autant que les documents fournis permettaient de le savoir.

## 2.3 L'admission des non-résidents

### 2.3.1 *La frontière entre l'AME de droit commun et l'AME à titre humanitaire, fondée sur la notion de résidence, est inopérante*

L'AME dite « humanitaire » est destinée à prendre en charge les personnes non résidentes, sur décision individuelle prise par le ministre, en vertu de l'article 251-1 du code de l'action sociale et des familles qui dispose dans son deuxième alinéa que « toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L 252-1. Dans ce cas la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L 251-2 peut être partielle. » C'est la DGAS qui centralise la procédure d'instruction de ces demandes.

#### 2.3.1.1 *Le problème posé par l'appréciation du critère de résidence pour les personnes arrivées récemment en France*

La séparation introduite par le législateur entre l'AME « de droit commun » et l'AME humanitaire est apparemment claire : la première s'adresse aux personnes résidant en France et la seconde aux non résidents. Or cette notion de résidence est difficile à définir et à justifier pour les personnes qui viennent d'arriver en France et dont le visa est en cours de validité.

En effet, ces personnes sont en situation régulière (sous couvert du visa), mais ne remplissent pas la condition de trois mois de stabilité de résidence pour avoir accès à la CMU. D'après la circulaire du 10 janvier 2000, elles devraient donc relever de l'AME à titre transitoire, l'admission à l'AME n'étant pas soumise à la même condition de stabilité. Mais elles ne peuvent être admises à l'AME que dès lors qu'elles sont résidentes et non de passage.

La circulaire sur ce point recommande d'apprécier la situation au cas par cas et se réfère à l'avis rendu par le Conseil d'Etat le 8 janvier 1981 qui précise : « la condition de résidence doit être regardée comme satisfaite dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être



*appréciée, dans chaque cas, en fonction de critères de fait, et notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour ».*

Pour tous les services rencontrés par la mission, l'appréciation de ce critère est particulièrement complexe : comment faire la différence entre un étranger de passage et un étranger qui restera ? Sur quelle preuve faut-il se fonder ? Cette difficulté a été renforcée par les instructions données aux DDASS par la DGAS par mail du 20 février 2002 : les demandes concernant des personnes s'établissant en France doivent être traitées dans le droit commun (CMU ou AME). L'établissement en France se manifeste par une démarche en vue de régulariser le séjour (droit à la CMU), ou bien par la simple manifestation de l'intention de rester en France au delà de la période de validité du séjour (droit à l'AME).

Ces instructions dénaturent l'AME à titre humanitaire en admettant l'admission à l'AME de droit commun sur la foi d'une simple déclaration d'intention de résider en France.

Les pratiques des DDASS et des CPAM suite à ces instructions sont assez diverses. A l'exception notable de Montpellier, où la DDASS a mis en place une réunion mensuelle avec les responsables des deux CPAM et des centres hospitaliers pour définir une jurisprudence sur ces cas particuliers, les différents services visités n'avaient pas de vision claire et partagée sur cette question.

En règle générale, les services des CPAM visités par la mission n'accordent pas l'AME de droit commun lorsque le visa du demandeur est en cours de validité. Elles recommandent au demandeur de revenir lorsque son visa sera expiré. Mais dans certains cas, elles questionnent le demandeur sur son intention de faire des démarches ou de rester en France et lui font signer une déclaration sur l'honneur, qui permet d'ouvrir ensuite l'AME de droit commun. Enfin, s'il s'agit de prendre en charge a posteriori des dépenses hospitalières engagées pendant la période de validité du visa, les CPAM envoient le dossier à la DDASS pour transmission à la DGAS.

A Montpellier la commission mensuelle associe le médecin inspecteur de santé publique chargé d'instruire les demandes d'autorisations de séjour pour soins, ce qui permet de croiser les informations. La commission décide d'ouvrir l'AME de droit commun si la personne a effectivement fait des démarches ; si l'intention de résider en France est seulement déclarative, l'AME n'est accordée que pour la période des soins délivrés. Si le demandeur déclare vouloir repartir, le dossier est envoyé à la DGAS pour une demande d'AME à titre humanitaire. Cette pratique est apparue très pertinente à la mission.

Ce sujet appelle une clarification. En effet il n'apparaît pas souhaitable de faire reposer l'accès à l'AME pour un an sur une simple déclaration d'intention de résider en France.

### 2.3.1.2 *La gestion actuelle des demandes d'AME à titre humanitaire*

La DGAS reçoit environ 1000 demandes par an, qui se répartissent ainsi <sup>70</sup>:

- a) 5 à 10% des dossiers concernent des Français résidant à l'étranger, qui demandent la prise en charge de leur rapatriement pour raison de santé. Ces dossiers sont constitués par les consulats français et transmis par le ministère des affaires étrangères.
- b) 15% des dossiers émanent d'étrangers résidant à l'étranger et demandant le bénéfice de l'aide médicale pour pouvoir être hospitalisés en France.
- c) 5% émanent de personnes résidant en France pour des membres de leur famille étrangers et malades résidant à l'étranger.
- d) 70% émanent d'établissements de santé français, directement, ou via une CPAM ou une DDASS, et demandent la prise en charge a posteriori des dépenses engagées pour des étrangers ne résidant pas en France et hospitalisés lors de leur séjour sur le territoire, de façon inopinée ou prévisible, pendant la période de validité de leur visa. Ce sont les dossiers évoqués supra.

Le traitement de ces dossiers est différencié selon les cas. La DGAS soumet tous les cas a) et ceux des cas b) appuyés par une intervention particulière à la décision du cabinet. Certains cas d) sont également examinés, lorsqu'ils concernent des enfants ou des cas avérés d'hospitalisation fortuite ou d'accidents de santé imprévisibles. L'avis des médecins de l'administration centrale est alors sollicité.

Pour tous les autres cas, la DGAS ne répondait pas jusqu'à une période récente. Or la difficulté de définir un cadre clair sur le problème de la résidence ne justifie pas l'absence de réponse aux demandes individuelles. Depuis février 2002, une lettre type d'accusé de réception est envoyée précisant que l'absence de réponse dans les deux mois vaut décision de rejet.

Au total les décisions d'accords sont au nombre d'une centaine par an (concernant 21 étrangers et 74 Français en 2001, 26 étrangers et 76 Français en 2002).

### 2.3.2 *La suppression de la procédure centralisée de délivrance des visas médicaux récemment décidée par le ministère des affaires étrangères peut élargir le risque de prise en charge par l'AME de non-résidents.*

Le visa médical a été institué au début des années 1990, afin de limiter la dette hospitalière étrangère, en subordonnant la délivrance du visa au versement préalable des frais de consultation ou d'hospitalisation par les ressortissants étrangers souhaitant venir se faire soigner en France. L'importance des créances irrécouvrables admises en non-valeur dans les comptes hospitaliers avait alors conduit à s'assurer au préalable de la solvabilité des patients étrangers.

La procédure du visa médical permet d'identifier un circuit financier qui garantit la prise en charge des soins délivrés à des non résidents, soit sur leurs ressources personnelles, soit par leur régime de protection sociale à l'étranger. Les demandes de visa médical sont transmises par les postes consulaires à la sous-direction de la

<sup>70</sup> D'après la note DGAS de juillet 2001

circulation des étrangers à Nantes, (ministère des affaires étrangères) qui vérifie auprès des services d'admission des établissements hospitaliers si le demandeur a versé une provision en vue de son séjour. En vertu de l'article R 716-9-1 du code de la santé publique, les établissements de santé doivent en effet demander, sauf dans les cas d'urgence, le versement d'une provision calculée sur la durée probable du séjour, lorsque les frais de séjour d'un patient ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale.

**Tableau n° 22- Délivrance des visas médicaux**

	Nombre de dossiers enregistrés	Evolution de l'activité	Nombre de visas accordés	Taux d'accords
<b>1994</b>	2160		1316	61 %
<b>1995</b>	2642	+ 22,50 %	1552	58,75 %
<b>1996</b>	1685	- 63,75 %	1392	62,50 %
<b>1997</b>	1693	+ 1%	1329	78,50 %
<b>1998</b>	1877	+ 10 %	1335	71 %
<b>1999</b>	2371	+ 20 %	1804	76 %
<b>2000</b>	2849 <sup>71</sup>	+ 20 %	2165	76 %
<b>2001</b>	2559	- 9 %	2162	84,50 %
<b>au 30/09/2002</b>	1700		1359	80 %

Source Ministère des affaires étrangères

Or le ministère des affaires étrangères a décidé de mettre fin à cette procédure à compter du 1er janvier 2003 estimant que les facilités d'admission à l'AME et à la CMU pour des étrangers présents en France la rendaient inutile. Ses services ont en effet constaté, en instruisant des demandes de visa, qu'un nombre grandissant d'étrangers avaient demandé et obtenu l'AME ou la CMU, bien qu'ayant droit à une couverture médicale dans leur pays ou disposant de moyens financiers leur permettant de faire face au frais de leurs traitements en France. Ces ressortissants étrangers, entrés en France sous couvert d'un visa médical, sollicitaient, après avoir obtenu leur affiliation à l'AME, le remboursement des frais d'hospitalisation préalablement versés.

Une note de la sous-direction de la circulation des étrangers précise qu'elle a identifiés 76 cas entre septembre 2001 et septembre 2002, transmis aux CPAM pour abrogation du droit à l'AME ou à la CMU.

La mission a eu connaissance de cas semblables lors de ses investigations (une dizaine par an à l'hôpital Lariboisière, plusieurs cas au centre 271 à Paris dont l'un a fait l'objet d'une lettre du consulat de France à Alger, un cas mentionné à l'hôpital Jean Verdier, trois cas mentionnés au CHU de Montpellier). Par exemple, à l'hôpital Lariboisière, un ressortissant camerounais a payé, préalablement à son hospitalisation, un devis de 12 300 € Suite à son séjour hospitalier, il produit une admission AME, délivrée par une antenne CPAM d'un autre hôpital, sur le compte de sa mère, domiciliée dans une association, admise le jour même avec rétroactivité au 1<sup>er</sup> jour du mois. La provision lui a donc été remboursée. Ces cas relèvent manifestement d'erreurs commises lors de l'ouverture de l'AME, erreurs rendues possibles par l'utilisation de déclarations sur l'honneur quant à l'ancienneté de la résidence et aux ressources. Ils ne

<sup>71</sup> Les principaux demandeurs de visas médicaux sont des ressortissants des pays de Maghreb. Au titre des années 2000 et 2001, les visas médicaux délivrés à des ressortissants marocains et tunisiens représentaient respectivement 33 % et 25 % des visas accordés.

peuvent justifier la suppression pure et simple des visas médicaux qui risque de mener à leur multiplication.

D'après les éléments obtenus auprès du ministère des affaires étrangères, la suppression de la procédure centralisée d'instruction des visas médicaux à Nantes n'entraîne pas de baisse de vigilance à l'égard des demandes de visa pour raison médicale. Celles-ci seront instruites directement pas les postes à l'étranger qui demanderont le justificatif de rendez-vous dans l'établissement hospitalier français. Il convient néanmoins de s'assurer que ce justificatif de rendez-vous s'accompagne d'un justificatif de prise en charge financière. Les montants de provisions versés aux établissements de santé au titre de l'article R 716-9-1 sont en effet conséquents et représentaient pour la France entière 111 millions d'euros en 2000 et 109 millions d'euros en 2001<sup>72</sup>.

En tout état de cause, l'AME est destinée aux personnes résidant en France et n'a pas vocation à solvabiliser les créances irrécouvrables des établissements hospitaliers à l'encontre des caisses de sécurité sociale étrangères ou des patients non résidents.

---

<sup>72</sup> source DHOS, données transmises par la direction de la comptabilité publique.

### PARTIE III - LES PROPOSITIONS

L'augmentation rapide des dépenses d'AME résulte à la fois d'un effet de montée en charge classique mais largement sous-estimé dans les prévisions budgétaires, et de modalités favorables d'ouverture des droits et d'accès aux prestations, ouvrant la porte à une dérive du dispositif vers la prise en charge de patients non résidents.

Il convient donc de rappeler les objectifs assignés à l'AME. Il s'agit de permettre aux personnes sans ressources résidant sur le territoire de se soigner quelle que soit leur situation administrative (irrégularité du séjour). L'AME répond donc à un objectif humanitaire. L'AME permet également à des personnes touchées par des pathologies graves et contagieuses de se soigner. Elle est donc utile sur le plan de la santé publique.

Faut-il un droit individuel à une prise en charge financière par le budget de l'Etat pour atteindre ces deux objectifs ? En théorie, les établissements de santé ont une obligation de soins consacrée par les textes, et la déontologie médicale commande de soigner toute personne dont l'état de santé nécessite des soins. La solvabilisation financière des patients ne devrait pas en soi être un obstacle à l'accès aux soins.

Cependant, compte tenu des contraintes économiques qui pèsent tant sur les patients que sur les offreurs de soins, il est certain que, hors les cas d'urgence vitale, l'existence d'un droit ouvert permettant une prise en charge financière est un facteur déterminant de l'accès aux soins, et partant, d'une meilleure prévention.

L'existence d'un régime de couverture comme l'AME est donc nécessaire. La volonté de maîtriser l'évolution de la dépense appelle, selon la mission, une réponse en deux temps :

- dans l'immédiat, il est proposé de mieux contrôler l'ouverture des droits, de sécuriser l'attestation d'AME et d'améliorer le pilotage et le contrôle a posteriori du dispositif. Ces propositions sont compatibles avec la réforme récemment adoptée et ne nécessitent pas d'intervention législative.
- dans un deuxième temps, la mission présente des hypothèses de réforme qui supposent de trancher plusieurs questions de principe et nécessitent l'intervention du législateur :
  - l'accès à l'AME doit-il être conditionné à une durée minimale de résidence ou à un délai d'attente ?
  - les soins remboursés aux bénéficiaires de l'AME doivent-ils être les mêmes que pour les assurés sociaux ?
  - les modes d'accès à l'offre de soins doivent-ils être identiques ?

La question de principe sous-jacente est celle de la hiérarchie des droits à établir ou non entre les assurés sociaux et les bénéficiaires de l'AME, eu égard à leur situation irrégulière sur le territoire. Sur ces questions de principe qui ne sont pas de sa

compétence, la mission ne se prononce pas mais présente les hypothèses alternatives auxquelles une réponse positive ou négative conduit.

### 3.1 Dans l'immédiat, mieux contrôler le dispositif.

#### 3.1.1 Mieux contrôler l'ouverture des droits

##### 3.1.1.1 Demander davantage de justificatifs probants

L'ouverture des droits doit permettre de vérifier que le demandeur remplit effectivement les conditions de résidence en France et de ressources posées par le législateur. Les preuves à fournir doivent emporter la conviction du service instructeur et donc laisser peu de part au déclaratif.

**a) Identité des personnes.** Aucune déclaration sur l'honneur ne doit être acceptée. Elles sont d'ailleurs dans les faits extrêmement rares, la preuve de l'identité du demandeur est en général apportée. Il est cependant très souhaitable d'établir une liste de preuves d'identité considérées comme probantes, les documents vus par la mission ne l'étant pas toujours<sup>73</sup>

**b) Domicile.** Les services instructeurs pourraient demander la carte d'identité de l'hébergeant lorsqu'un certificat d'hébergement est produit avec une quittance de loyer ou de charges. Cependant cette proposition soulève un problème juridique : l'aide au séjour irrégulier est un délit au titre de l'article 21 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France. Si cette proposition devait être mise en œuvre il conviendrait de s'assurer qu'elle n'entraîne pas de conséquence pour des tiers. L'élection de domicile auprès d'une association agréée doit par ailleurs être réservée aux personnes réellement sans domicile fixe, comme la loi l'exige. Aucune domiciliation auprès d'une association agréée ne devrait être admise si l'intéressé n'a pas été orienté vers cette association par un travailleur social de l'hôpital, de la CPAM ou du service social de secteur, après un bilan d'ensemble de sa situation. Il convient de s'assurer à ce titre que les associations agréées au titre de l'AME répondent à un cahier des charges précis dont le respect soit contrôlé régulièrement par les DDASS.

**c) Stabilité de la résidence en France.** La preuve doit être apportée par un document irréfutable : le passeport avec visa et date d'entrée en France, ou documents émanant des services préfectoraux des étrangers, prouvant des démarches anciennes ayant échoué (récépissé de demande de titre de séjour expiré, notification de l'invitation à quitter le territoire par exemple). En l'absence de preuve attestant de la condition de stabilité de la résidence, une AME ponctuelle peut être attribuée en cas de besoin de soins urgents.

<sup>73</sup> Permis de conduire new yorkais, carte de fonctionnaire égyptien

d) **Ressources.** Le régime déclaratif ne semble pas pouvoir être évité. Mais il est possible de poser davantage de questions au demandeur, et notamment :

- sur ses ressources à l'étranger,
- sur les ressources de l'ensemble des membres du foyer,
- sur les éventuels obligés alimentaires, en modifiant le formulaire actuel pour le rendre plus explicite, en ajoutant la liste des personnes tenues à l'obligation alimentaire (ascendants, descendants, collatéraux) et la possibilité de recouvrement, auprès de ces personnes, des dépenses d'AME engagées.

Il est également souhaitable de valoriser les avantages en nature, en particulier l'hébergement gratuit chez un tiers.

### 3.1.1.2 *Banaliser la procédure d'admission à l'AME*

- Supprimer les guichets dédiés à l'AME

La première évaluation de la loi du 27 juillet 1999 a souligné que l'accueil des demandeurs d'AME dans des locaux spécifiques dans certains départements d'Ile de France a été « dénoncé par le mouvement associatif » et « comporte un élément de stigmatisation et de risque non négligeable pour ces publics »<sup>74</sup>. La mission propose de banaliser la procédure d'admission à l'AME en la confiant aux guichets traditionnels des caisses primaires et non à des permanences extérieures dépourvues de tout lien avec le système informatique de gestion des demandes.

L'intervention des guichets traditionnels doit permettre de vérifier systématiquement l'existence de droits antérieurs, au titre de l'AME ou à d'autres titres, et donc à la fois d'éviter les affiliations successives sous des numéros différents et permettre une bonne continuité de la prise en charge entre l'AME et les régimes d'assurance maladie. A cette fin il importe que les caisses soient en mesure d'interroger les gestionnaires d'autres fichiers (assurance chômage, assurance vieillesse) et le fassent dans un certain nombre de cas.

- Supprimer les admissions par correspondances.

De même les dossiers envoyés par courrier directement par le demandeur devraient être instruits après convocation au guichet. Dans tous les cas, il convient que l'intéressé se présente en personne, ne serait-ce que pour vérifier la concordance avec la photographie que la mission souhaite voir apposée sur l'attestation de droits (voir 3.1.2).

- Eviter la délivrance d'attestations immédiates

L'admission immédiate à l'AME est prévue par la loi pour les demandeurs « dont la situation l'exige » (art L 252-3 CASF). Comme on l'a vu (§ 2.2.1.4), elle est portant devenue la règle dans certains cas. La mission propose de réserver cette possibilité à la prise en charge ponctuelle de soins urgents. Il est en effet important d'éviter de distribuer une attestation ouvrant droit au tiers payant général avant d'avoir

<sup>74</sup> rapport n° 2001 112 d'Yves Carsenac et Elisabeth Liouville, décembre 2001, pp 163-165

pu opérer un minimum de vérifications. Les délais d'instruction des dossiers doivent cependant rester raisonnables.

### 3.1.2 *Sécuriser l'attestation de droits*

Toute ouverture des droits doit être matérialisée par un document fiable. Cette exigence est importante pour les assurés sociaux, pour des raisons non seulement financières<sup>75</sup> mais aussi de sécurité<sup>76</sup>. Elle l'est encore plus pour les bénéficiaires de l'AME pour deux autres raisons : l'absence d'identifiant national ; la généralité du tiers payant. Cette spécificité rend en pratique illusoire toute suspension des droits en cas de sortie du régime ou de fraude avérée. Une attestation en circulation ne peut être annulée, car son rappel est inopérant. La sécurisation des attestations est donc un enjeu important tant que les professionnels et établissements de santé n'auront pas accès en temps réel à la base des droits ouverts.

La définition d'un modèle national unique est utile à plusieurs titres. Le foisonnement favorise la confusion et l'imitation. Il complique la tâche des établissements et professionnels de santé qui doivent apprendre à reconnaître de nombreux modèles, surtout dans les grandes agglomérations. Il peut occasionner des refus de soins ou des demandes d'avance de frais injustifiées. Le modèle national devrait comprendre les éléments d'identification du bénéficiaire et de ses ayants droit, l'étendue des droits ouverts et la date de fin des droits-et les coordonnées du centre de paiement. Si les cas de tiers payant venaient à être limités (voir 3.4), il faudrait le mentionner.

S'agissant des assurés sociaux, l'apposition de la photographie sur les cartes et attestations Vitale est une question récurrente. Elle représente un coût important et se heurte à de nombreuses difficultés pratiques. S'agissant des bénéficiaires de l'AME, elle devrait pouvoir être réalisée rapidement, parce qu'il s'agit d'effectifs moins nombreux et que les droits sont renouvelés plus fréquemment.

Il n'est pas possible en l'état de délivrer une carte Vitale aux bénéficiaires de l'AME, car les identifiants sont différents et les droits au régime de base figurant dans Vitale ne sont pas limités dans le temps. Il serait démesuré de construire une carte spécifique pour l'AME. Dans l'immédiat, un support papier est inévitable. Encore faut-il en décourager les imitations en imposant un papier non photocopiable, à l'instar de la CPAM des Hauts de Seine.

A un horizon plus lointain, il est envisageable de mettre à profit les évolutions de Sésam Vitale pour faire évoluer le support des droits ouverts à l'AME. Lorsque Sésam Vitale sera « en ligne » pour les assurés sociaux, les établissements et professionnels de santé pourront vérifier en temps réel l'ouverture et l'étendue des droits. Dans ce cadre, une carte dédiée aux bénéficiaires de l'AME pourrait être étudiée ; elle devrait être compatible avec Sésam Vitale, mais tenir compte des spécificités de l'AME (identifiant, durée et étendue des droits). Il faudra alors établir un cahier des charges et prévoir un délai de mise en œuvre.

<sup>75</sup> Permettre le suivi statistique des consommations ; éviter qu'une attestation Vitale soit prêtée à une personne de passage, identifier le débiteur en cas de tiers payant ; imputer les dépenses au bon régime

<sup>76</sup> Détection des achats abusifs de produits de substitution à la drogue, traçabilité...



Enfin, il est souhaitable de rappeler que les établissements de soins et les professionnels de santé peuvent demander un document d'identité en plus de l'attestation de droits. Cela devient particulièrement utile dès lors qu'un ticket modérateur va être institué, dans les cas où celui-ci ne pourrait pas être acquitté immédiatement.

### **3.1.3 Améliorer le pilotage et le contrôle du dispositif**

#### *3.1.3.1 Au niveau national*

Au niveau national, il est nécessaire que la CNAMTS fournisse des informations plus précises sur les dépenses d'AME en année de soins. A la suite des données demandées par la mission, ces informations seront transmises à chaque arrêté trimestriel. De même, le service statistique de la CNAMTS a modifié à la fin 2002 son mode de comptage de l'effectif des bénéficiaires, à la suite des remarques de la mission ; les effectifs comptés au 31/12/2002 devraient donc approcher de plus près la réalité.

Il reste souhaitable que la CNAMTS harmonise la manière dont les CPAM ventilent les dépenses entre les différentes rubriques, en l'alignant sur ce qui se fait pour les assurés sociaux (ex : les consultations externes devraient être en « honoraires publics » et les médicaments rétrocédés en « pharmacie ») ; c'est important pour suivre la consommation de soins des bénéficiaires de l'AME et l'effet de la suppression de la restriction des droits aux soins de ville pendant les trois premières années de résidence en France.

Il faut également qu'un point soit régulièrement fait sur les prestations restant à payer par les principales caisses concernées. La date de ces échanges doit être déterminée par la DGAS en fonction de son calendrier budgétaire, pour être à même d'établir des prévisions annuelles de dépenses réalistes. Une attention particulière devra être portée aux prestations d'AME à payer à l'AP-HP, compte tenu des volumes importants de dépenses engagées.

La CNAMTS devrait pouvoir fournir des indications nationales sur la structure par sexe et âge des bénéficiaires, et prévoir dans son programme d'études statistiques des recherches affinées sur la structure de consommation de soins des bénéficiaires de l'AME, sur le modèle des études déjà réalisées pour la CMU. S'il n'est pas possible à court terme d'élargir l'échantillon permanent des assurés sociaux, il faudrait envisager de développer un outil statistique permettant de suivre la consommation de l'ensemble des bénéficiaires de l'AME.

Enfin, une étude devrait être demandée à l'AP-HP afin de connaître la durée de séjour des patients AME et les pathologies traitées en croisant les données d'activité médicale (PMSI) et les données administratives.

### 3.1.3.2 *Au niveau local*

Pour assurer un meilleur contrôle du dispositif, les CPAM devraient intégrer les bénéficiaires de l'AME dans les programmes de gestion du risque qu'elles mènent sur la consommation de soins par les assurés sociaux, notamment sur les gros consommateurs de médicaments ou de substances dangereuses (par exemple, le Subutex), ce qui n'est pas toujours le cas. L'activité des professionnels de santé dont une part importante est consacrée aux bénéficiaires de l'AME doit également faire l'objet d'un suivi particulier, tout comme les plaintes éventuelles de refus de soins.

En outre, en cas de signalement de fraude (signes extérieurs de richesse par exemple, preuves de la non-résidence), les CPAM devraient diligenter des contrôles à l'instar de ceux aujourd'hui pratiqués pour les assurés sociaux : investigations auprès des services fiscaux, et des URSSAF pour les ressources notamment. Il faut cependant savoir que la suppression des droits à l'AME suppose, pour être effective, d'en informer l'ensemble des professionnels de santé dans chaque cas, faute de quoi les prestations continueraient d'être délivrées sur la foi de l'attestation de droits en cours de validité qu'il serait en pratique très difficile de rappeler.

La convention Etat/CNAMTS devrait être revue en ce sens, puisque celle d'octobre 2000 ne prévoit pas l'intervention du service médical ni ne charge les CPAM d'une mission de contrôle a posteriori.

En outre, le contrôle des prestations par les CPAM devrait pouvoir être renforcé. Jusqu'à présent, il est largement inopérant : dans tous les cas où une entente préalable n'est pas exigée, la conjonction du tiers payant général et d'une attestation de droits valable un an ne permet pas de répéter un indu sur le professionnel de santé ; quant au remboursement des dépenses par le bénéficiaire de l'AME, la possibilité en est certes rappelée au bas du formulaire de demande d'admission, mais est très difficile à mettre en œuvre lorsque l'intéressé est domicilié auprès d'une association ou qu'il n'habite pas à l'adresse indiquée. Malgré ces difficultés, il est possible que les caisses vérifient plus complètement une partie des factures (transports, actes nécessitant un accord préalable) et préviennent les professionnels de santé de la suppression des droits dans des cas extrêmes (achats excessifs de produits de substitution à la drogue)

Par ailleurs, les contrôles COREC menés par les DRASS sur les CPAM devraient intégrer le contrôle de la gestion de l'AME, et notamment les conditions d'ouverture des droits et les délais de paiement aux professionnels de santé ou aux établissements de santé.

Enfin, les DDASS devraient, sur le mode des réunions techniques organisées par la DDASS de l'Hérault, diffuser davantage l'information sur les critères d'admission à l'AME humanitaire en établissant des « jurisprudences » sur les cas particuliers d'AME ponctuelles attribuées à des demandeurs ne remplissant pas la condition de résidence, et en assurant le lien avec le dépôt et l'examen des demandes d'autorisations de séjour pour soins. La diffusion de ces critères permettrait d'éviter l'envoi à la DGAS de dossiers appelant une réponse négative.

## 3.2 Envisager des réformes législatives

### 3.2.1 Réserver l'AME aux résidents stables

#### 3.2.1.1 Prévoir une durée de résidence minimale ou un délai d'attente

Il convient d'éviter que l'AME puisse être obtenue par un étranger de passage, sur la simple intention de résider en France. Deux solutions alternatives peuvent être envisagées à cette fin.

**Hypothèse 1 :** subordonner la prise en charge générale des soins à la preuve d'une durée minimale de résidence en France

La loi disposerait que le droit à la prise en charge générale des soins suppose une durée minimale de résidence en France. La logique serait de prévoir la même durée que pour l'accès à la CMU, soit 3 mois aujourd'hui. La seule condition qui distinguerait alors la CMU et l'AME serait la condition de régularité du séjour à l'issue de cette durée.

Si la preuve de cette durée minimale de résidence était apportée, les droits seraient ouverts à la date de la demande. A défaut, un nouveau dossier serait constitué une fois la condition remplie.

Cette solution devrait permettre d'éviter d'accorder une prise en charge générale pour un an à des étrangers non résidents solvables ou couverts par un régime de sécurité sociale étranger. Elle limiterait également les demandes d'AME en attente de CMU, en particulier de la part des personnes qui n'ont pas encore entrepris de démarche auprès des services préfectoraux (demande d'asile ou autorisation de séjour pour soins par exemple).

Elle ne dispense pas de la nécessité de délivrer des soins urgents aux étrangers non solvables en cas de maladie inopinée ou d'accident survenant avant l'acquisition de la durée minimale de résidence. Dans ces cas, des prises en charge ponctuelles seraient délivrées.

**Hypothèse 2 :** Instituer un délai d'attente

La loi poserait le principe que la première inscription à l'AME n'ouvre droit qu'à la prise en charge de soins ponctuels, dans les cas d'urgence mentionnés ci-dessus. Cette première inscription serait prononcée pour une période plus courte qu'un an (3 ou 6 mois par exemple). L'accès à l'ensemble des soins de l'AME serait réservée au renouvellement des droits, établie par la présence au fichier tenu par la CPAM<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> En cas de changement de CPAM, la procédure habituelle de mutation entre caisses s'appliquerait

Cette solution aurait les mêmes effets que la précédente sur les étrangers de passage<sup>78</sup> et les personnes en attente de CMU. Elle serait plus contraignante pour les personnes dont la résidence est stable, car elle force à prouver l'inscription à l'AME ou à un régime de sécurité sociale pour éviter d'ouvrir une nouvelle période d'attente.

Elle est, en revanche, plus lourde à gérer que l'hypothèse 1 car les cas où des prises en charge ponctuelles devraient être délivrées seraient sans doute plus nombreux.

### 3.2.1.2 *Prévoir la possibilité d'admissions de courte durée*

Au delà de la première admission, soumise à une durée minimale de résidence ou à un délai d'attente, il reste souhaitable de prévoir la possibilité de prononcer l'admission à l'AME pour une durée inférieure à un an.

Cette possibilité est nécessaire pour traiter des cas particuliers dont les caisses pourraient avoir connaissance : personnes faisant des voyages fréquents à l'étranger dont le passeport aurait été égaré ou renouvelé ; renouvellement d'une personne ayant été admise au bout de la durée de résidence ou du délai d'attente exigés, mais dont la résidence en France est encore douteuse etc.

### 3.2.1.3 *Mieux distinguer la couverture des soins des étrangers non résidents et l'aide humanitaire*

L'AME à titre humanitaire est définie dans des termes très larges. Elle est sollicitée dans des situations très différentes qui méritent parfois d'autres solutions.

**Cas n°1 :** français résidant à l'étranger dont le dossier est présenté par le consulat. Ce cas doit continuer de relever de l'AME humanitaire, mais ne nécessite pas toujours de recourir à une décision ministérielle. Si les critères de ressources étaient précisés, et si les soins ne sont pas accessibles dans le pays de résidence, l'admission devrait aller de soi.

**Cas n°2 :** étrangers résidant à l'étranger sollicitant une hospitalisation programmée en France. La prise en charge ne devrait résulter que des conventions internationales de sécurité sociale, dont c'est l'objet, ou du paiement de la provision préalable prévue à cet effet. A la suite de la suppression de la procédure centralisée d'instruction des visas sanitaires par le ministère des affaires étrangères, il convient de mettre en place de nouvelles procédures garantissant ces sécurités, notamment sous la forme d'un document-type fourni par l'hôpital attestant que la provision en vue du séjour a bien été versée préalablement à la délivrance du visa. L'AME n'a clairement pas à intervenir dans ce cas, même à titre humanitaire. La prise en charge ponctuelle de tels cas est une action de coopération sanitaire et devrait être organisée dans ce cadre<sup>79</sup>.

<sup>78</sup> Sauf si l'étranger non résident se présente à nouveau le jour d'expiration du délai d'attente

<sup>79</sup> Par exemple, les accidents survenus localement à des étrangers travaillant dans le cadre d'une mission de coopération française relèvent de la responsabilité de l'employeur ou de son assurance.

**Cas n°3** : étrangers de passage en France ayant besoin de soins imprévisibles, à la suite d'une maladie inopinée ou d'un accident. En dehors des cas prévus par la réglementation européenne et les accords internationaux de sécurité sociale, la seule méthode simple pour garantir à la fois les soins (ou le rapatriement) et les finances hospitalières serait de subordonner la délivrance des visas de court séjour à l'existence d'un contrat d'assistance couvrant le rapatriement sanitaire et les hospitalisations urgentes. Dans ce cas, l'AME n'aurait plus à jouer un rôle d'affacturage pour le compte des hôpitaux

Sachant que la réglementation des visas relève du niveau européen pour les Etats Schengen, la mission ne peut que recommander de porter cette suggestion à ce niveau dans le cas où elle apparaîtrait pertinente.

En attendant, il resterait possible de prévoir, sur décision ministérielle, une prise en charge par l'AME humanitaire. Celle-ci devrait être ponctuelle, c'est à dire accordée pour un traitement donné, comme c'est déjà le cas en pratique. Elle devrait en outre être subsidiaire par rapport aux conventions internationales de sécurité sociale et, bien entendu, au paiement de provisions aux hôpitaux.

La délivrance de prises en charge ponctuelles dans ce cas, comme dans celui exposé plus haut de la période précédant l'acquisition de la durée de séjour minimale ou de la période d'attente est destinée à permettre de soigner sans attribuer un droit général et illimité aux étrangers de passage. Elle mettrait un terme à la dérive permettant d'utiliser l'AME à la place des prises en charge de régimes de sécurité sociale étrangers ou du paiement des provisions préalables en cas d'hospitalisation sans prise en charge acceptée par les autorités françaises, sur la seule foi d'une déclaration d'intention de résider en France.

**Cas n° 4** : étrangers manifestant leur intention de résider durablement en France à l'issue de la période de validité de leur visa, en prouvant cette intention par des démarches auprès des services préfectoraux (demande de titre de séjour, et notamment de titre de séjour pour soins). L'AME pourrait alors être attribuée de façon transitoire pour rembourser des soins délivrés avant les démarches, ces dernières ouvrant droit à l'affiliation à la sécurité sociale.

Il restera à préciser les droits aux soins ouverts par un titre de séjour pour soins. Aujourd'hui, il y a contradiction entre deux textes : un séjour régulier ouvre droit à la CMU de base (CSS, art L 380-1) mais ces dispositions ne s'appliquent pas aux « *personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure* » (art L 380-3). Le législateur peut considérer que la demande puis l'obtention d'un titre de séjour pour soins ouvre droit soit à la totalité des soins du régime CMU, ou bien seulement aux soins ayant motivé la décision. Dans ce dernier cas, il faudrait que les caisses soient informées de la délimitation des soins admis.

### 3.2.2 *Mieux définir les soins remboursables*

#### 3.2.2.1 *Régler la question du maintien des droits en cas de refus du séjour*

La situation décrite plus haut (§ 2.2.3 )doit être clarifiée.

Ou bien le législateur tire toutes les conséquences du fait que l'affiliation à la sécurité sociale suppose la régularité du séjour<sup>80</sup>, et supprime le maintien des droits lorsque cette condition n'est plus remplie (anciens bénéficiaires du régime chômage notamment) ; dans ce cas, les étrangers dont le séjour n'est plus régulier relèveraient de l'AME au premier euro, comme ceux dont le séjour ne l'a jamais été, à moins de considérer que le refus officiel du séjour ne peut ouvrir que des droits plus limités.

Ou bien la règle du maintien des droits à la sécurité sociale subsiste, et l'AME intervient pour la part complémentaire, ce qui suppose la recherche systématique de droits antérieurs dans les fichiers des CPAM à l'occasion de chaque renouvellement.

#### 3.2.2.2 *Réexaminer la liste des prestations*

A l'heure actuelle, l'AME ouvre droit à l'ensemble des prestations en nature des assurances maladie et maternité, à l'exception des frais relatifs aux établissements pour les enfant handicapés. Par ailleurs, l'AME ne prenant pas en charge les dépassements tarifaires, elle ne suffit pas à assurer l'accès aux prestations mal remboursées : prothèses dentaires, orthodontie, optique, appareils auditifs.

Dans l'hypothèse où une liste minimale de prestations complémentaires aux régimes de base viendrait à être définie pour les assurés sociaux, la liste des prestations de l'AME devrait être réexaminée.

- soit l'on considère que toutes les personnes résidant en France ont accès au même panier de soins, auquel cas les prestations prises en charge par l'AME seraient les mêmes que celles prises en charge pour les assurés sociaux ;
- soit l'on considère que la situation particulière des bénéficiaires de l'AME justifie un panier de soins différent ; les prestations prises en charge représenteraient alors une partie du cadre défini pour les assurés sociaux. La question peut se poser par exemple pour les actes et produits hors nomenclatures<sup>81</sup>, ou pour ceux destinés au traitement de troubles ou affections sans caractère habituel de gravité.

---

<sup>80</sup> CSS, art. L 115-6, L 380-1 et L 161-15-1. Ce dernier article donne à penser que la suppression des droits est immédiate lorsque la personne « cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'art L 380-1 »

<sup>81</sup> dans le cas des assurés sociaux, leur prise en charge par les hôpitaux résulte de la définition implicite du domaine remboursable (la DGF est un solde)

### 3.2.2.3 Encadrer l'offre de soins

L'encadrement éventuel de l'offre de soins renvoie à la question de principe sur la hiérarchie des droits posée en préalable aux propositions. Dans le système antérieur à la réforme législative adoptée en décembre 2002, cette hiérarchie résidait dans la limitation de l'offre de soins en fonction de la durée de résidence (accès au seul hôpital avant trois ans). Dans les faits, cette règle n'était pas appliquée pour la majorité des bénéficiaires, qui avaient accès gratuitement à l'ensemble de l'offre de soins sans faire l'avance des frais et sans contrepartie contributive, comme les bénéficiaires de la CMU de base ; les assurés sociaux devant pour leur part faire l'avance des frais (en médecine de ville) et acquitter le paiement de la partie complémentaire, directement ou en s'assurant à cet effet. La réforme législative adoptée met fin à la limitation de l'offre de soins et rétablit l'égalité entre assurés sociaux et bénéficiaires de l'AME par l'intervention d'un ticket modérateur, les bénéficiaires de l'AME conservant l'avantage de son plafonnement.

Là encore, deux alternatives sont possibles :

- soit l'on considère que les bénéficiaires de l'AME ont accès à l'offre de soins dans les mêmes conditions que les assurés sociaux ;
- soit l'on considère que les modes d'accès aux soins de ville peuvent être encadrés pour les bénéficiaires de l'AME.

Cette deuxième option peut se décliner en plusieurs solutions intermédiaires d'encadrement de l'offre de soins, qui réserveraient l'accès aux soins de ville à une liste de professionnels ou de structures de soins volontaires. Ce schéma est assez voisin de celui envisagé dans l'Hérault à l'automne 2002, qui prévoyait l'accès aux soins de ville sans attendre trois ans de résidence dans deux centres de santé conventionnés à cet effet, et la prise en charge du suivi des grossesses en médecine de ville, précédemment financé par le Conseil général pour les femmes suivies par les services de PMI.

Plusieurs hypothèses peuvent être étudiées en fonction du degré d'encadrement envisagé :

- le nombre de professionnels de santé participant peut être large (un ensemble de professionnels pour tous les bénéficiaires de l'AME d'une même circonscription) ou restreint (chaque bénéficiaire choisit un professionnel de santé dans une liste de volontaires) ;
- la prise en charge dans cet ensemble peut être comparée de manière plus ou moins favorable avec la prise en charge à l'extérieur, en fonction de l'existence d'un ticket modérateur et de la dispense d'avance de frais.

#### **Hypothèse 1 : l'accès à un réseau de professionnels**

Les bénéficiaires de l'AME choisiraient de s'adresser à un réseau de professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, centres de santé, pharmaciens, laboratoires d'analyse) qui seraient leurs interlocuteurs de référence et s'engageraient à respecter les tarifs conventionnels.

### **Hypothèse 2 : l'abonnement à un ensemble de professionnels de santé**

Les bénéficiaires de l'AME seraient appelés à choisir, sur une liste de professionnels, un médecin traitant, un centre de santé, un pharmacien et des professionnels « prescrits », qui seraient également leurs interlocuteurs de référence et s'engageraient à respecter les tarifs conventionnels.

Dans les deux cas, les patients s'adressant au réseau ou aux professionnels auprès desquels ils sont abonnés bénéficieraient de la dispense d'avance des frais, et éventuellement de la prise en charge du ticket modérateur. A l'extérieur, les patients paieraient le ticket modérateur, et bénéficieraient ou non de la dispense d'avance de frais sur la part sécurité sociale.

Au delà de la question de principe précédemment posée, une telle réforme suppose l'adhésion d'un nombre suffisant de professionnels de santé.

Elle implique également des modifications importantes dans le système d'information de l'assurance maladie. Elle nécessiterait donc un délai d'adaptation à définir dans la convention d'objectifs et de gestion.

Elle suppose enfin d'organiser le remboursement a posteriori des sommes avancées par les bénéficiaires de l'AME en dehors du réseau, sous la forme d'un paiement par lettre-chèque ou par chèque au guichet d'une banque avec laquelle un accord aurait été passé. Le paiement en espèces au guichet des caisses a en effet été supprimé et il n'est pas question d'y revenir. Quant au remboursement par virement bancaire ou postal, il ne pourrait être pratiqué que pour la petite partie des bénéficiaires de l'AME qui disposent d'un compte.

#### *3.2.2.4 Instituer des plafonds de garanties ?*

L'idée de plafonner tout ou partie des soins pris en charge par l'AME a été émise. Il pourrait s'agir soit de soins particulièrement coûteux qui pourraient être différés sans menacer le pronostic vital, soit au contraire des soins les plus courants afin d'éviter une surconsommation de commodité.

Cette idée ne peut être retenue pour plusieurs raisons. En premier lieu, elle ne suffirait pas à écarter les candidats de passage car les plafonds devraient être assez élevés pour permettre tous les soins indispensables. En second lieu, la gestion de plafonds de garanties associée au tiers payant suppose que les professionnels ou établissements de santé connaissent où en est la consommation de tel patient par rapport à son plafond, ce qui n'est pas possible tant que les systèmes d'information ne permettent pas la consultation des droits « en ligne ».



### 3.2.2.5 *Limiter les cas de dispense d'avance des frais*

Si l'hypothèse d'un encadrement de l'offre de soins n'était pas retenue, il resterait souhaitable de limiter la dispense d'avance des frais dans certains cas. L'on peut penser aux suivants :

- Les soins dispensés hors du département d'admission. Cela répond à des considérations pratiques (le tiers payant hors du ressort d'une CPAM est plus complexe à mettre en œuvre) et aussi à un meilleur suivi des bénéficiaires.
- Les soins qui n'auraient pas fait l'objet d'une entente préalable dans le cas où celle-ci serait exigée. La dispense d'avance des frais rend très difficile l'effectivité de l'entente préalable. Il serait utile de définir une liste de soins soumis à l'accord préalable des caisses s'agissant de l'AME (médicaments sensibles, transports en mode couché, auxiliaires médicaux, certains actes de spécialistes), et de prévoir que le tiers payant est subordonné à cet accord.

Cette mesure est néanmoins d'application difficile, car elle suppose que soient remplis trois préalables :

- L'implication du service médical. Si le tiers payant était subordonné à son accord sur la prise en charge des soins, il faudrait qu'il puisse s'engager sur un délai de réponse et que ces cas ne soient pas trop nombreux.
- Les professionnels de santé devraient être clairement informés des cas dans lesquels l'accord préalable est exigé, afin qu'ils connaissent les risques de répétition d'indu
- Des modalités de remboursement a posteriori adaptées à la situation de personnes n'ayant pas de compte bancaire ou postal devraient être organisées (cf 3.2.2.3)

Pour ces raisons, il faudrait prévoir un délai d'application.

## Conclusion

La transition entre les anciennes aides médicales et la nouvelle AME a été mal maîtrisée. La rapidité de l'application de la loi du 27 juillet 1999 et la priorité donnée à l'accès aux droits n'ont pas permis de mettre en place des sécurités suffisantes dans la procédure d'admission, l'attestation des droits et leur contrôle, ou le service des prestations. Parallèlement, en l'absence de décrets d'application, des circulaires ont laissé en suspens plusieurs points d'articulation avec la législation de sécurité sociale, en particulier à l'entrée et à la sortie de la CMU et, pour les déboutés du droit d'asile, à la fin de l'allocation d'insertion.

Dans ces conditions, indépendamment de l'évolution du nombre d'étrangers sans titre de séjour présents sur le territoire, la forte augmentation du nombre de bénéficiaires n'a rien d'étonnant. De même, le montant élevé de la prestation moyenne, compte tenu de la jeunesse des bénéficiaires de l'AME, est en ligne avec celui des anciennes aides médicales et se retrouve, à un moindre degré, dans la CMU. Il s'explique par l'état de santé d'une partie des bénéficiaires, un mode de recours aux soins majoritairement tourné vers l'hôpital, mais aussi par la facilité avec laquelle des non résidents peuvent accéder aux soins hospitaliers et les faire prendre en charge sans délai et sans frais par l'AME, et par les possibilités ouvertes par des attestations de droits non sécurisées.

Les conséquences budgétaires de cette situation n'ayant pas été tirées jusqu'à l'été 2002, le complément de crédits apporté par la première loi de finances rectificative pour 2002 a été très lourd, et a entraîné des mesures législatives dès la seconde loi de finances rectificative (accès immédiat aux soins de ville, institution d'un ticket modérateur plafonné).

Les prévisions de dépenses pour 2003 faites par la mission indiquent que les crédits inscrits en loi de finances initiale seront à nouveau insuffisants. La volonté de maîtriser l'évolution de ces dépenses appelle une réponse en deux temps. Les mesures proposées par la mission en vue de mieux contrôler l'ouverture des droits et de sécuriser leur attestation ne devraient pas se prêter à des débats difficiles, car il s'agit pour l'essentiel de transposer à l'AME la rigueur des procédures et justificatifs que la sécurité sociale connaît ou, dans certains cas (attestation des droits), devrait connaître.

En revanche, les changements qui supposent l'intervention du législateur posent des questions de principe : faut-il un délai avant d'accéder aux droits complets à l'AME ? Faut-il une hiérarchie entre les droits des assurés sociaux et ceux des bénéficiaires de l'AME ? Parce que ces questions n'ont pas de réponse simple, et parce que la mission n'a pas compétence pour trancher, elle propose pour chacune d'entre elle plusieurs options.

Blanche GUILLEMOT

François MERCEREAU

## **ANNEXES**

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe n° 1** : Lettre de mission

**Annexe n° 2** : Liste des personnes rencontrées

**Annexe n° 3** : Utilisation des crédits d'aide médicale Etat (source DGAS)

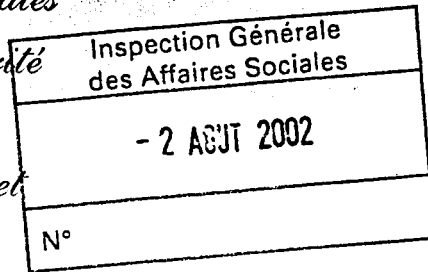
**Annexe n° 4** : Rectification du comptage des bénéficiaires par la CNAMTS au 30/09/2002

**Annexe n° 5** : Prévisions – méthode et hypothèses de calcul

**Annexe n° 6** : Présentation de la carte de séjour pour étrangers malades

**Annexe n° 7** : Quelques éléments de comparaison avec les pays de l'Union européenne

**ANNEXE N° 1 :**  
**Lettre de mission.**



Le 31 JUIL. 2002

127, rue de Grenelle 75700 Paris 07 SP

Téléphone : 01 44 38 38 38

Télécopie : 01 44 38 20 20

Le Directeur du Cabinet

Madame la Chef de service,

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a, dans son titre III, réformé l'aide médicale. Elle constitue désormais la couverture sociale des personnes étrangères résidant en France sans remplir la condition de régularité de séjour exigée pour la couverture maladie universelle et la couverture complémentaire en matière de santé. Accessoirement, elle autorise également le ministre chargé de l'action sociale à prendre des décisions individuelles d'admission à l'aide médicale pour des personnes françaises ou étrangères, qui ne résident pas en France

Depuis sa mise en place, le 1<sup>er</sup> janvier 2000, ce dispositif connaît une évolution extrêmement rapide : les effectifs sont passés de 75 000 à 139 000 personnes entre le 31 décembre 2000 et le 31 décembre 2001 et la dette contractée par l'Etat auprès de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) connaît une progression préoccupante. L'absence de tout signe d'infléchissement de cette croissance rend indispensable de cerner plus précisément les divers déterminants qui influent sur cette progression afin de déceler, dans la mesure du possible, jusqu'à quel niveau elle peut se poursuivre.

Le premier objectif est d'établir quelques hypothèses sur l'effectif de bénéficiaires à partir duquel on pourra tenir pour probable que le dispositif arrive au terme de sa montée en charge. En fonction de cet essai de prospective il conviendra de proposer les mesures d'urgence ou, à plus long terme, les réformes plus profondes propres à maîtriser cette augmentation des dépenses.

Madame la Chef de service  
de l'Inspection générale des affaires sociales  
25-27 rue d'Astorg  
75008 PARIS

.../...

En second lieu, il est nécessaire de s'assurer que toutes les imputations à l'aide médicale de l'Etat sont assorties des garanties nécessaires. La mission de l'Inspection générale des affaires sociales portera à cet égard sur l'application des articles L.251-1 à L.253-4 du code de l'action sociale et des familles par les organismes gestionnaires ainsi que sur l'articulation effective entre l'aide médicale de l'Etat et la couverture d'assurance maladie. Elle examinera également les modalités de facturation par les établissements hospitaliers.

Je souhaiterais disposer d'une note d'étape pour le 30 octobre 2002 et les résultats définitifs de cette mission pour le 31 décembre 2002 *et pour en recevoir par la suite*



Jean-Paul FAUGERE

**ANNEXE N° 2 :**  
**Liste des personnes rencontrées.**



## ANNEXE n° 2 Liste des personnes rencontrées

### 1. AU NIVEAU NATIONAL

Dominique Versini Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion

#### ▪ Cabinet du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Pierre Soutou Chargé de mission auprès du ministre  
Benoit Normand Conseiller technique intégration  
Vincent Chriqui Conseiller technique finances

#### ▪ Cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Didier Eyssartier Conseiller technique

#### ▪ Cabinet de la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion

F. Schechter Directeur du cabinet  
Dr Jacques Hassin conseiller technique

#### ▪ Administration centrale

Sylviane Léger Direction générale de l'action sociale (DGAS), Directrice générale  
Antoine St Denis DGAS, Chef du bureau minima sociaux et aide sociale (MAS)  
Hervé Droal DGAS, Adjoint au sous-directeur PILE  
M. Mabile DGAS, Bureau minima sociaux et aide sociale  
Mme Martinage DGAS bureau minima sociaux et aide sociale

J Gaeremynck Direction de la population et des migrations, Directeur  
V.P. Comiti DPM, conseiller médical  
Mme Vilchien DPM, chef de service  
Mme Bassano DPM, sous directrice accueil et intégration

Mme Thorel DHOS, chef du bureau de la gestion financière et comptable des établissements de santé  
Mme Dautel DHOS, responsable de la mission des relations européennes et internationales

Odile Soupison Ministère des affaires étrangères  
Adjointe au chef du service des étrangers en France

Francis Heude Ministère des affaires étrangères  
Sous directeur de la circulation des étrangers

#### ▪ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Bernadette Moreau CNAMTS, direction de la gestion du risque  
Joël Dessaint Agent comptable  
Gisèle Lozahic Direction de la gestion du risque  
Isabelle Bouille Direction de la gestion du risque  
Florence Guille Agence comptable  
Sylvie Le Laidier Statistiques  
Isabelle Girard – le Gallo Statistiques

## **2. AU NIVEAU LOCAL**

### **▪ Département de Paris**

Philippe Coste	DDASS de Paris, directeur
Brigitte Bansat-Lehezuey	DDASS de Paris, service Vie familiale
Suzanne Liermann	DDASS de Paris, IASS
Mlle Perreau	DASES, département de Paris, Chef de service
M. JP Simon	DASES Chef du bureau prestations générales (ar cienne aide médicale)
M. Trégoat	Assistance publique -hôpitaux de Paris, Directeur : du cabinet
Marc Dupond	Directeur des droits des malades APHP
Claire Angélie	Assistante sociale APHP
Sophie Albert	Direction Financière AP-HP
Mme Josette Raynaud	CPAM de Paris, directrice générale
M. Wilfred Smadja	DG adjoint CPAM Paris
Patrick Meunier	CPAM 75 ; DDSIS, secteur accueil
MF Vinciguerra	Idem, antenne hôpital St Louis
Mme Vollante	Idem, antenne CAFDA
Mme Bernard	CPAM 75, centre 271
Mme Reydel	DRSM 75, médecin conseil
Christine Soulier	CPAM 75, centre presta collectives
Mme Oudebine	CPAM 75, centre Manin
Patrick. Téreygeol	CPAM 75 gestion du risque
Christian Pallas	CPAM 75 gestion du risque
Mme Quesada	Hôpital Lariboisière, directrice
Mme Dunckel	Hôpital Lariboisière Assistante sociale chef
Sylvie Martinez	Hôpital Lariboisière Admissions –frais séjour
Lise Etienne	Hôpital Lariboisière guichet 12
Pr Roger Leverage	Hôpital Lariboisière – Pharmacie
Dr David El Kharrat	Hôpital Lariboisière – Urgences
Dr Oliary	Hôpital Lariboisière – pharmacie

### **▪ Département de Seine Saint Denis**

Philippe Blanchard	DDASS de Seine Saint Denis, directeur
Isabelle Faibis	DDASS 93, médecin inspecteur de santé publique
Mme Charles	DDDASS 93, contentieux
M Vincent Ravoux	CPAM de Seine Saint Denis, directeur général
M Schlusshuber	CPAM 93, Directeur de l'accès aux soins
Régine Becis	CPAM 93, Département accès aux soins
Evelyne Abel	CPAM 93, Centre 009
Mlle Elharti	Id, Centre 009
David Clerc	CPAM 93, responsable GRD
M Pacaud	CPAM 93, responsable juridique, prestations
Mme Cotel	Id, prestations
Mme Labruyère	Id, prestations
M Bonin	CPAM 93, agent comptable
Dr Carzon	CPAM 93 Médecin conseil

Julien Bordron	CPAM 93, responsable du centre de St Denis (n° 500)
Mlle Guillot	Id centre 500, accueil
Mme Deshauteurs	Id centre 500, cadre relais CMU
Mme Varocchi	Id centre 500, flux externes
Mme Vinçonnot	Id centre 500, prestations
Leila El Fatoui	Id, centre 500, accueil
Mme Amonles	Id, agence locale Marcel Sembat
M Giboyau	Id, ag Marcel Sembat
Mme Rodriguez	Id, ag Marcel Sembat

Y Poirier	Hôpital Jean Verdier, directeur par intérim
Pr Dominique Pateron	Hôpital Jean Verdier, urgences
Mme J Barré	Hôpital Jean Verdier, admission frais séjour

▪ **Département des Hauts de Seine**

Pierre Sardou	DDASS des Hauts de Seine, directeur
Mme Dumesnil	Id, inspecteur
Dr Marc Lossouarn	Id, médecin

M R. Plazzota	CPAM des Hauts de Seine, directeur général
Mme Hiébel	Id, directeur adjoint
M Falchon	Id, gestion des centres CMU
Mme Guezenec	Id, coordination CMU
Mme Bardoulat-Duguet	Id agent comptable
Mme Richard	Id responsable du centre 147
Mme Guérola	Id centre 147

Pauline Maisani	Hôpital Louis Mourier, directrice évaluation – finances
Monique Sérieys	Hôpital Louis Mourier Bureau admission CMU AME
M Vluggens	Hôpital Louis Mourier Assistant social PASS
Pr Lejeune	Hôpital Louis Mourier chef du service néonatalogie; président fédération pédiatrique
Dr Anne Graland	Hôpital Louis Mourier médecin responsable PASS
Mme Baudesson	Hôpital Louis Mourier Assistante sociale (femmes-VIH)

M. Tabiasco	CASH de Nanterre Directeur général
Mme Jeandot	CASH de Nanterre Directrice adjointe vie sociale
Dr Montel	CASH de Nanterre Médecin
Mme Fablet	CASH de Nanterre Responsable service social
Mme Frébaut	CASH de Nanterre Assistante sociale des urgences / polyclinique
Mme Roth – Jaraud	CASH de Nanterre Resp. bureau des entrées – facturation
Mme Catin	CASH de Nanterre Resp. Affaires administratives. & sociales

▪ **Département de l'Hérault**

M Pereira	DDASS de l'Hérault, directeur
Anne Sadoulet	Id ; directeur adjoint
Jean-Pierre Mallet	Id, responsable LCE
Dr Marie-Pierre Allié	Id, MISP
Dr Pascale Dermech	Id, MISP

M Bertin	CPAM de Montpellier, directeur
M Lauthman-Vidal	Id, secrétaire général
M Barthélemy	Id, responsable précarité
M Broussaud	Id, responsable prestations

Mme Delouvrier	CPAM de Montpellier, responsable affiliations & complémentarité
Dr Badoin	Id, Médecin-conseil
Mme Dupré	Id, accueil
Mme Fillé	Id, responsable SOS
T Nègre	CHU de Montpellier, directeur adjoint
Mme H Soler	Id, attachée d'administration hospitalière
M D. Bon	Id, cadre socio-éducatif
Mme Flachaire	Responsable du bureau des entrées
Mme Beaulieu	Id, assistante sociale hématologie
Dr S Rivière	Id, PH coordinateur des médecins de la PASS
Mme Mazaudier	Assistante sociale PASS
Mme Lepers	IDE PASS
Mme Mathieu	Responsable du bureau des entrées
Mme Plusch	Id, Assistante sociale
Mme Seaheuc	Id, assistante sociale
Dr Tonnelot	Id, chef service urgences
Dr Bisset	Id, PH service urgences
Mme Dominique Jan	Id, assistante sociale
Mlle Exposito	CPAM de Béziers, sous directrice
M. Ross	Id, resp. pôle solidarité
Mme Granelli	CH de Béziers, assistante sociale
M Vacquet	Id

**ANNEXE N° 3 :**  
**Utilisation des crédits d'aide médicale Etat**  
**(source DGAS).**

**Tableau récapitulatif de l'utilisation des crédits d'aide médicale en 2002**

les crédits de LFR 2001 (50 MF = 7622450,86€, reportés sur 2002 ne sont pas inclus ci-dessous  
 utilisation: 1430479,27 décisions ministre + 3914147,73 éva san + 2277823,85 établ & profess privés

1 430 479,27  
 3 914 147,73  
 2 277 823,85  
 7 622 450,85

	crédits ouverts	utilisation	
<b>LFI 2002</b>	60 980 000,00	5 203 600,00	La Réunion (éva. san.)
	132,14	55 776 683,07	versement à l'ACOSS pour le 4ème trim. 2001 (66 914 811,46)
	60 980 132,14	60 980 283,07	insuffisance 11 138 128,39
			à l'acoss : 341 134 046,24
<b>LFR 2002</b>	445 000 000,00	161 321 025,40	versement à l'ACOSS : (dettes antérieures à 2000 : 65 753 010,90 dettes 2001 : 95 568 014,50 <u>161 321 025,40</u> )
			124 036 337,77 versement à l'ACOSS : insuffisances 2002 comprenant: reste 4ème trim 2001 (payable sur 2002) 11 138 128,39 1er trim 2002 : 51 656 537,76 2ème trim 2002 : 61 241 671,62 <u>124 036 337,77</u>
			29 797 092,00 La Réunion (éva. san.) toutes les dettes éva. san.2000-2001 et un peu 2002
			68 246 454,08 délégations aux DDASS pour payer les dettes de l'ancienne aide médicale <small>(ainsi que, pour certaines DDASS, des dettes 2001 valides 2002 (arrêté ministériel de délégation ministérielle).</small>
			61 598 845,30 versement à l'ACOSS : sur un montant ddé de 150 413 850,62 pour le 3ème trim. 2002

total hors LFR 200 505 980 132,14 | 847 114 083,86

*Souru* - DGAS

mardi 15 octobre 2002

**ANNEXE N° 4 :**  
**Rectification du comptage des bénéficiaires**  
**par la CNAMTS au 30/09/2002.**

**Bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat au 30/09/2002**

	Etrangers en situation irrégulière résidant en France depuis au moins 3 ans (Régime 095)				Etrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de 3 ans (Régime 096)				Ensemble AME (095 et 096)				AME complémentaire uniquement			
	Entrants du 3 <sup>e</sup> trimestre		Bénéficiaires au 30/09/2002		Entrants du 3 <sup>e</sup> trimestre		Bénéficiaires au 30/09/2002		Entrants du 3 <sup>e</sup> trimestre		Bénéficiaires au 30/09/2002		Entrants du 3 <sup>e</sup> trimestre		Bénéficiaires au 30/09/2002	
	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.	Ass.	Ayd.
131 - MARSEILLE ancien programme nouveau programme	1 538	422	147	28	3 530	710	398	96	5 068	1 132	6 200	545	124	669		
	<b>1 141</b>	<b>317</b>	<b>174</b>	<b>36</b>	<b>2 235</b>	<b>443</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	<b>3 376</b>	<b>760</b>	<b>4 136</b>	<b>591</b>	<b>136</b>	<b>727</b>	<b>66</b>	<b>29</b>
342 - MONTPELLIER ancien programme nouveau programme	318	37	24	1	2 718	415	279	51	3 036	452	3 488	303	52	355		
	<b>143</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>1 648</b>	<b>209</b>	<b>299</b>	<b>43</b>	<b>1 791</b>	<b>226</b>	<b>2 017</b>	<b>322</b>	<b>43</b>	<b>365</b>	<b>15</b>	<b>1</b>
751 - PARIS ancien programme nouveau programme	59 255	16 603	5 397	891	3	0	1	0	59 258	16 603	75 861	5 398	891	6 289		
	<b>46 650</b>	<b>13 253</b>	<b>9 383</b>	<b>1 977</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>46 656</b>	<b>13 253</b>	<b>59 909</b>	<b>9 385</b>	<b>1 977</b>	<b>11 362</b>	<b>898</b>	<b>303</b>
921 - NANTERRE ancien programme nouveau programme	9 195	3 714	144	74	2 481	626	488	144	11 676	4 340	16 016	632	218	850		
	<b>4892</b>	<b>1760</b>	<b>310</b>	<b>152</b>	<b>3057</b>	<b>799</b>	<b>958</b>	<b>267</b>	<b>7 949</b>	<b>2 559</b>	<b>10 508</b>	<b>1 268</b>	<b>419</b>	<b>1 687</b>	<b>89</b>	<b>53</b>
931 - BOBIGNY ancien programme nouveau programme	7 055	4 040	512	258	8 993	2 309	826	183	16 048	6 349	22 397	1 338	441	1 779		
	<b>7 750</b>	<b>4 158</b>	<b>1 124</b>	<b>535</b>	<b>9 946</b>	<b>2 507</b>	<b>1 671</b>	<b>404</b>	<b>17 696</b>	<b>6 665</b>	<b>24 361</b>	<b>2 795</b>	<b>939</b>	<b>3 734</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
941 - CRETEIL ancien programme nouveau programme	1 398	1 249	112	93	3 047	399	308	22	4 445	1 648	6 093	420	115	535		
	<b>1 535</b>	<b>1 334</b>	<b>186</b>	<b>164</b>	<b>3 190</b>	<b>372</b>	<b>450</b>	<b>38</b>	<b>4 725</b>	<b>1 706</b>	<b>6 431</b>	<b>636</b>	<b>202</b>	<b>838</b>	<b>151</b>	<b>85</b>

Source - CNAMTS - Décembre 2002



**ANNEXE N° 5 :**  
**Prévisions – méthode et hypothèses de**  
**calcul**

## ANNEXE n° 5 - Méthode et hypothèses de calcul

Cette note présente successivement les méthodes de comptabilisation et les hypothèses de calcul :

- pour les prestations 2000 et 2001 ;
  - pour les effectifs moyens ;
  - pour les prévisions 2002 et 2003 ;
- avant d'en donner les résultats.

### I- Prestations 2000 et 2001

**Soins 2000 payés en 2000** : états trimestriels de la CNAMTS

**Soins 2000 et 2001 payés du 1/1/2001 au 30/9/2002** : extraction CNAMTS sur l'échantillon de 92 caisses ; pour les 44 caisses restantes, on part des totaux des dépenses payées selon les états trimestriels en 2001 (192 276 K€) et les T1-T3 2002 (263 312 K€), on retire les 92 caisses, et on répartit entre les soins 2000 et 2001 dans la même proportion que les 88 caisses. Pour ces 44 caisses, les soins 2000 payés en 2002 sont ceux des états trimestriels.

**Soins 2000 payés après le 30/9/02** : pour l'Ile de France, les dettes AHPH % + 500 K€ de ville à Paris ; rien en province

**Soins 2001 payés après le 30/9/02** : Sauf pour Paris et Bobigny, selon le rythme observé sur les CPAM de l'échantillon hors les 3 d'Ile de France, en supposant une accélération (mise en place de la télétransmission, fin du rattrapage du retard initial), soit T4 = 55 % de 2002 contre 47 % observé en 2001 ; on ajoute les créances de l'APHP au 31/12/02 pour les caisses 78, 91, 94, 95.

Paiements trimestriels en 2001 des CPAM de l'échantillon (hors 75, 92, 93)

	T1 2001	T2 2001	T3 2001	T4 2001	Total 2001	T4 / Total
Soins 2 000	9 950	6 576	6 086	3 753	26 365	14 %
Soins 2001	2 453	8 487	15 210	21 237	47 387	47 %

**Dettes aux hôpitaux d'Ile de France**: les 140 M€ de factures APHP en attente de paiement au 31/12/2002 sont réparties selon les informations de l'APHP. Pour les factures antérieures à 2000, il y a une différence entre l'AC CNAMTS (28 M€, uniquement à Paris) et l'APHP (6 M€ en mai 2002) On retient le chiffre APHP. Pour tenir compte des 42 M€ en attente d'imputation à la TG, on suppose que la moitié concerne l'AMER et est réparti comme les factures. Les chiffres retenus sont donc 85 % de ceux du tableau ci-dessous

Pour Bobigny, il y a 8,6 + 3,7 M€ de factures en attente pour 4 autres hôpitaux en nov. 2002

	75	93	92	Autres IdF	T
< 2000	6,5				6,5
2000	47,2	1	0,8	1	50
2001	11,6	0,5	8,6	1,5	14,1
2002	42,3	14,9	3,7	7,4	69,3

Il faut ajouter les factures d'ARV de l'APHP, retenues au second semestre 2002 : 3 M€ (2/3 de 4,45 M€, facturation au 30/9/02 hors AGEPS)

### Soins 2001 payés après le 30/9/02 à Paris

K€	T1 à T3 2002	T4 2002	2003
Soins 2000			
Hospitalisation (dont APHP)	5 928	0	40 000 + 6 000 (< 2000)
Ville	388	100	(40 000 + 6 000 < 2000) 0
Soins 2001			
Hospitalisation (dont APHP)	63 153	3 000	11 000 + 3 000 (ARV)
Ville	10 677	(0) 2 000	id 0
Soins 2002			
Hospitalisation Dont APHP	22 811	20 000	? 40 000
Ville	19 124	10 000	?

Soins 2001 du T4 02 : émissions APHP 76 M€ (id constaté sur 10 mois)  
 Payé 9 mois 64 (selon A ?)  
 Reste à payer 31/12 12 (id)  
 D'où payé T4 0 (hors décalage) + 3 pour les autres  
 Ville : T4 = 15 % du payé en 2001

Soins 2002 du T4 02 : émissions APHP 82 M€ (67 constaté sur 10 mois)  
 Payé 9 mois 21 (selon AP)  
 Reste à payer 31/12 42 (selon AP)  
 D'où payé T4 19 (hors décalage) + 1 pour les autres  
 Ville : T4 = 35 % du payé en 2002

### Soins 2001 payés après le 30/9/02 à Bobigny

	T1 à T3 2002	T4 2002	2003
Soins 2000	3 747	250	800 (APHP)
Soins 2001	14 122	2 500	9 000 (dont 500 APHP)
Soins 2002	11 637		Hospi > 16 000 Ville ?

Soins 2001 : T4 02 = 15 % du payé en 2002  
 Soins 2002 : T4 02 = 35 % du payé en 2002

## II- Effectifs

### 1) Selon les états trimestriels CNAMTS

	1 <sup>er</sup> jan 2000	31/12/2000	31/12/2001	30/9/2002
Paris		26 146	57 394	75 861
Bobigny		9 753	17 388	22 397
Nanterre		10 627	14 480	16 016
Montpellier		<u>1 482</u>	<u>2 864</u>	<u>3 488</u>
Total des 4		48 008	92 126	117 762
88 échantillon		17 980	31 110	38 744
44 hors échan.		8 931	15 838	19 796
Total France		74 919	139 074	176 302

2) Rectifications selon l'extraction CNAMTS de novembre 2002, les comptages locaux Paris, Montpellier et Brest

	1 <sup>er</sup> jan 2000	31/12/2000	31/12/2001	30/9/2002
Paris		-	- 9 673	- 15 952
Bobigny		-	+ 1 113	+ 1 964
Nanterre		-	- 2 700 (e)	- 5 508
Montpellier		- 382	- 790	- 1 471
Total des 4				
88 échantillon				
Créteil			+ 170 (e)	+ 338
Brest		- 1 200	- 804	- 33
44 hors échan.				
Marseille			- 1 000 (e)	- 2 064

3) Effectifs retenus

	31/12/2000	31/12/2001	effectifs moyens	30/09/2002	31/12/2002	effectifs moyens	31/12/2003	effectifs moyens
Paris	26 146	47 721	36 934	59 909	62 000	54 861	66 000	64 000
Bobigny	9 753	18 501	14 127	24 361	25 000	21 751	27 000	26 000
Nanterre	10 627	11 780	11 204	10 508	10 500	11 140	10 000	10 250
Montpellier	1 100	2 060	1 580	2 017	2 000	2 030	2 000	2 000
Total des 4	47 626	80 062	63 844	96 795	99 500	89 781	105 000	102 250
88 autres échantil.	16 780	30 476	23 628	39 049	41 500	35 988	45 000	43 250
Total échantillon	64 406	110 538	87 472	135 844	141 000	125 769	150 000	145 500
44 hors échantillon	8 931	14 838	11 885	17 732	19 000	16 919	20 000	19 500
total France	73 337	125 376	99 357	153 576	160 000	142 688	170 000	165 000

Du 1/1/03 au 31/12/03 : augmentation = 1/3 de celle de 2002

**III- Prévisions 2002 et 2003**

Etant donné la difficulté de prévoir le déroulement des soins 2002, on procède en sens inverse en appliquant à la dépense 2001 estimée l'augmentation des effectifs et + 5 % de la prestation par tête ; on déduit ce qui a été payé en T1-T3 et on répartit entre T4 2002 et 2003

- pour les soins 2002 en fonction des rythmes observés et de ce qui est connu des créances hospitalières
- pour les soins 2003 en comptant que 50 % des soins 2003 seront payés en 2003 (accélération du rythme – télétransmission notamment).

**IV- Résultats**

Cf. tableau page suivante

Dépenses en Keuros ; prestations moyennes en euros.

La différence entre le total payé en 2001 et 2002 (T1 à T3) selon les états trimestriels de la CNAMTS et le total du tableau ci-dessous s'explique par le fait que l'extraction CNAMTS par date de soins sur l'échantillon de 92 caisses donne un montant de dépenses plus élevé.

soins de l'année N payés en	2000	2001	T1 à T3 2002	2002 (e)	2003 (p)	total des soins de N	effectifs moyens	prestation moyenne
<b>N= 2000</b>								
Paris	5 001	10 466	6 318	6 400	46 000	67 867	ns	ns
Bobigny	3 083	22 083	3 747	4 000	800	29 966	ns	ns
Nanterre	9 980	4 266	831	900	500	15 646	ns	ns
Montpellier	1 160	1 175	121	150		2 485	ns	ns
Total des 4	19 224	37 990	11 017	11 450	47 300	115 964	ns	ns
88 autres échantillon	14 612	25 190	2 298	2 500	-	42 302	ns	ns
total échantillon	33 836	63 180	13 315	13 950	47 300	158 266	ns	ns
44 hors échantillon	12 488	12 286	405	425	-	25 199	ns	ns
<b>total France</b>	46 324	75 466	13 720	14 375	47 300	<b>183 465</b>	ns	ns
<b>N= 2001</b>								
Paris		20 482	73 832	79 000	14 000	113 482	36 930	3 073 €
Bobigny		17 678	14 122	16 500	9 000	43 178	14 130	3 056 €
Nanterre		16 112	5 235	6 200	500	22 812	11 200	2 037 €
Montpellier		2 153	1 838	2 200	-	4 353	1 580	2 755 €
Total des 4		56 425	95 027	103 900	23 500	183 825	63 840	2 879 €
88 échantillon		45 236	27 473	32 700	1 500	79 436	23 630	3 362 €
total échantillon		101 661	122 500	136 600	25 000	263 261	87 470	3 010 €
44 hors échantillon		21 843	10 053	12 000	400	34 243	11 880	2 882 €
<b>total France</b>		123 504	132 553	148 600	25 400	<b>297 504</b>	99 350	2 995 €
<b>N= 2002</b>								
Paris			41 833	70 000	107 000	177 000	54 860	3 226 €
Bobigny			11 636	20 000	49 800	69 800	21 750	3 209 €
Nanterre			12 046	18 000	5 800	23 800	11 140	2 136 €
Montpellier			1 209	2 000	3 900	5 900	2 030	2 906 €
Total des 4			66 724	110 000	166 500	276 500	89 780	3 080 €
88 échantillon			44 929	53 000	74 100	127 100	36 000	3 531 €
total échantillon			111 653	163 000	240 600	403 600	125 780	3 209 €
44 hors échantillon			14 930	18 000	33 100	51 100	16 920	3 020 €
<b>total France</b>			126 583	181 000	273 700	<b>454 700</b>	142 700	3 186 €
<b>N= 2003</b>								
Paris					110 000	216 800	64 000	3 388 €
Bobigny					48 000	87 600	26 000	3 369 €
Nanterre					12 000	23 000	10 250	2 244 €
Montpellier					3 000	6 100	2 000	3 050 €
Total des 4					173 000	333 500	102 250	3 262 €
88 échantillon					80 000	160 300	43 250	3 706 €
total échantillon					253 000	493 800	145 500	3 394 €
44 hors échantillon					31 000	62 000	19 500	3 179 €
<b>total France</b>					284 000	<b>555 800</b>	165 000	3 368 €
<b>TOTAL</b>	<b>46 324</b>	<b>198 970</b>	<b>272 856</b>	<b>343 975</b>	<b>630 400</b>			

**ANNEXE N° 6 :**  
**Présentation de la carte de séjour pour**  
**étrangers malades.**

## Annexe n°6 : La carte de séjour pour étrangers malades

---

### 1. Présentation

La carte de séjour pour étrangers malades a été instituée par la loi RESEDA du 11 mai 1998 modifiant l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur l'entrée et le séjour des étrangers en France (article 12 bis 11<sup>ème</sup> alinéa) :

*« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit : [...]*

*11° A 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 approprié dans le pays dont il est originaire.*

*La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »*

La régularisation du séjour pour raison de santé existait déjà auparavant, comme l'un des critères prévus par la circulaire du 24 juin 1997 relative au réexamen de la situation de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière. L'état de santé est également l'un des critères qui fait obstacle à la reconduite à la frontière ou l'expulsion d'un étranger (article 25 de l'ordonnance du 2 novembre 1945).

Le dossier de demande est déposé en préfecture par l'intéressé, qui doit faire établir un rapport médical auprès d'un médecin hospitalier ou d'un médecin agréé par la DDASS. Le rapport médical est transmis au médecin inspecteur de la DDASS (à Paris, le médecin chef de la préfecture de police) qui émet un avis adressé au préfet, sur les points suivants :

1. L'état de santé du demandeur nécessite ou non une prise en charge médicale.
2. Le défaut de prise en charge peut entraîner ou non des conséquences d'une exceptionnelle gravité.
3. L'intéressé peut ou non bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans son pays d'origine.
4. Les soins nécessités par son état de santé présentent un caractère de longue durée / doivent en l'état actuel être poursuivis pendant X mois.

Les médecins inspecteurs rencontrés par la mission font état de leur difficulté à se prononcer, et soulignent notamment :

- le manque d'outils normalisés pour évaluer l'offre de soins dans les pays d'origine, malgré leurs expériences professionnelles antérieures qui les ont parfois amenés à travailler dans ces pays ;
- le problème posé par la notion « d'accès effectif » : s'agit-il de l'accès au traitement approprié à proximité du lieu d'habitation dans le pays d'origine, de la possibilité financière de payer ce traitement<sup>1</sup>, ou d'une manière générale de la disponibilité d'un tel traitement dans le pays ?

---

<sup>1</sup> Ce point a été précisé par la jurisprudence cf. Conseil d'Etat, M. Rahimi, 20/2/2000 « la circonstance que l'intéressé ne dispose pas des ressources suffisantes dans son pays d'origine ne suffit pas à établir que les soins ne pourraient pas lui être effectivement assurés »

Sur ces différents points la DPM envisage de diffuser sur Intranet des éléments de connaissance sur l'offre de soins des pays concernés et d'élaborer un guide barème croisant la gravité des pathologies et le niveau de disponibilité des traitements dans le pays d'origine. L'idée d'une prise de décision collégiale est également à l'étude. La DPM doit enfin se rapprocher du ministère de la coopération pour disposer d'informations sur l'offre de soins des pays d'origine et développer sur place des structures sanitaires répondant aux pathologies rencontrées.

## 2. Des demandes en forte progression

Les demandes déposées à ce titre ne sont pas comptabilisées. En revanche, la DPM connaît le nombre d'avis rendus par les médecins inspecteurs sur ces dossiers et le ministère de l'intérieur comptabilise le nombre de titres délivrés. Ces données indiquent une forte progression à la fois des avis rendus et des titres délivrés.

Leur rapprochement est hasardeux, car d'autres formes de titres peuvent être accordées (autorisations provisoires dont la durée de validité est variable), et car les délais de traitement des dossiers peuvent être longs. Le taux d'accord final reste donc inconnu. En outre, le préfet n'est pas lié par l'avis du médecin inspecteur<sup>2</sup>.

Avis rendus par les médecins inspecteurs sur les demandes de titres de séjour pour soins

	2000	2001
Nombre d'avis rendus	7 478	14 338
dont Paris	3 651	8 649
Estimation % d'avis positifs	80%	75%

Source DPM (remontées sur 80 DDASS + pour Paris données du médecin chef de la préfecture de police. )

Nombre de titres de séjour pour étrangers malades délivrés par le ministère de l'intérieur

Type demande	1998	1999	2000	2001	2002	Total
1ères demandes	363	1 438	1 756	3 045	3 983	10 585
Renouvellements	287	1 853	3 001	4 352	6 113	15 606
<b>TOTAL</b>	<b>650</b>	<b>3 291</b>	<b>4 757</b>	<b>7 397</b>	<b>10 096</b>	<b>26 191</b>
% 1ers titres	55,8%	43,7%	36,9%	41,2%	39,5%	40,4%

Source Ministère de l'intérieur. Ces chiffres ne comptabilisent pas les documents provisoires qui peuvent être délivrés (autorisations provisoires de séjour et récépissés de dépôt de demande de titre de séjour).

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat a confirmé ce point dans l'arrêt Préfet de police contre M. Nouni, 14/01/2000, en annulant l'arrêté de reconduite à la frontière pris par le préfet suite à l'avis négatif rendu par le médecin chef.



**ANNEXE N° 7 :**  
**Quelques éléments de comparaison avec les**  
**pays de l'Union européenne**

## **Annexe n° 7 : Quelques éléments de comparaison avec les pays de l'Union européenne**

---

La mission a interrogé les conseillers sociaux d'Allemagne, du Royaume Uni, et des pays nordiques sur les conditions de prise en charge des soins des étrangers résidents en situation régulière ou irrégulière, et des étrangers non résidents.

Les réponses pour l'Allemagne et le Royaume Uni sont présentées dans les pages suivantes. Les faits notables sont les suivants :

- pour l'Allemagne, les étrangers en situation régulière bénéficient de l'assurance maladie et de l'aide médicale dans les mêmes conditions que les citoyens allemands. En revanche il existe une législation spécifique pour les demandeurs d'asile qui n'ont accès qu'à des prestations médicales d'urgence, ainsi qu'à des prestations « complémentaires » autorisées au cas par cas. Les étrangers en situation irrégulière ont accès à ces mêmes prestations médicales d'urgence s'ils acceptent de donner leur identité. Il s'agit de prestations en nature avec dispense d'avance de frais, pour lesquelles aucune condition de ressources n'est prévue. Les communes sont chargées d'attribuer les prestations et de suivre les bénéficiaires. Le financement est assuré par les communes et les Landers.
- Au Royaume Uni, les étrangers résidents ordinaires (en situation régulière) sont inscrits de droit sur les listes de « patients NHS » des médecins généralistes, ce qui donne droit à la gratuité des soins de premier niveau. En revanche, le médecin généraliste est libre d'inscrire ou non sur sa liste un étranger non résident (visiteur), sauf cas d'urgence. Les patients non inscrits sont des patients privés qui paient les prestations. Les étrangers en situation irrégulière sont considérés comme les visiteurs. L'inscription sur la liste NHS est donc laissée à la décision du médecin. Enfin, l'accès à l'hôpital est plus restrictif dans la mesure où, hors cas d'urgence ou traitement de maladies transmissibles, il faut avoir résidé 12 mois au Royaume Uni pour accéder aux soins hospitaliers.

S'agissant des pays nordiques, le conseiller indique qu'il y a peu d'étrangers en situation irrégulière car la politique d'asile est très ouverte et permet à 80% des demandes d'être honorées. Les personnes refusées dans l'un des pays de la région peuvent présenter une demande dans un autre pays. En outre, l'accès à tous les services publics (école, hôpital, médecin, téléphone...) est lié à l'obtention d'un numéro national d'enregistrement qui suppose la régularité du séjour. Dans ces conditions, le nombre d'étrangers en situation irrégulière est estimé, selon les pays de quelques dizaines (Suède) à 1700 (Norvège). Après un rejet de demande d'asile, les droits à prestations sont conservés quelques semaines pour permettre aux intéressés de prendre leurs dispositions pour partir et postuler dans un autre pays. Chaque commune ou comté peut ensuite prendre en charge ces étrangers au cas par cas.

AMBASSADE DE FRANCE  
EN  
REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE

*Le conseiller pour les affaires sociales*

BERLIN, le 19. Dec. 2002

*Note à l'attention de Blanche Guillemot et de François Mercereau (IFAS)*

objet.- votre demande du 27.11.02 sur l'aide médicale de l'Etat

**A. Etrangers résidents en situation régulière :**

Trois cas de figure sont à distinguer :

- Les étrangers en situation régulière assujettis l'assurance maladie légale : les conditions d'accès à l'assurance maladie légale ne dépendent pas de la nationalité. Par conséquent, les étrangers en situation régulière assujettis à la sécurité sociale accèdent à l'ensemble des prestations de l'assurance maladie légale (aux soins délivrés par les hôpitaux comme ceux délivrés par la médecine de ville) dans les mêmes conditions que les assurés sociaux allemands, et sont soumis aux mêmes règles que ces derniers concernant :

1. **les conditions de ressources** : il n'existe pas de plafond de ressources pour l'affiliation à l'assurance maladie légale. En revanche, sont assujettis à l'assurance maladie légale obligatoire (versement des cotisations), les personnes dont les revenus sont supérieurs à 325 euros par mois et inférieurs à 3 375 euros par mois (3 825 euros à compter du 1er janvier 2003).

2. **la participation financière du patient** : outre les cotisations obligatoires, les assurés sociaux participent financièrement à chaque soins selon deux modalités :

- le ticket modérateur (pour médicaments et soins de ville)
- le forfait (soins hospitaliers)

3. **La dispense d'avance des frais** : l'assurance maladie légale allemande repose sur le principe des prestations en nature (*Sachleistungsprinzip*) et non sur le remboursement des frais engagés. En règle générale, la facturation des frais est établie directement entre les prestataires de soins et les caisses d'assurance maladie.

⇒ cf. Code social, Livre V §2 alinéa 2.

4. **autorité compétente** : la caisse d'assurance maladie d'affiliation de l'assuré social.

- Les étrangers résidents en situation régulière qui ne remplissent pas les conditions d'affiliation à l'assurance maladie légale et non demandeurs d'asile:

ces personnes bénéficient, en cas de maladie, de l'aide médicale régie par la loi fédérale relative à l'aide sociale de 1961 (*Bundessozialhilfegesetz*) dans les mêmes conditions que les citoyens allemands.

Les prestations sont les mêmes que celles couvertes par l'assurance maladie légale.

⇒ cf. Loi fédérale relative à l'aide sociale, §120 alinéa 1 et Code social, livre V, §37 alinéa 1.

Les conditions de ressources et autres réglementations relatives à l'attribution de l'aide médicale sont celles définies par la loi fédérale relative à l'aide sociale.

L'autorité compétente : les communes, via les bureaux d'aide sociale (*Sozialämter*), sont chargées de l'attribution de l'aide et du suivi des bénéficiaires. Le financement de l'aide médicale est assuré à 25% par les *Länder* et à 75% par les communes.

- Les demandeurs d'asile :

Sauf cas particuliers, ces personnes bénéficient des prestations de base et complémentaires définies dans la loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*)

⇒ cf. Loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile, § 4 (prestations d'urgence) et §6 (prestations complémentaires).

Uhlandstrasse 121 D-10717 Berlin  
Tel.: (0)30/86 20 96 03  
Fax.: (0)30/86 20 99 40

Pariser Platz 5  
10117 Berlin

Wiblerstrasse 130 D-53173 Bonn  
Tel.: (0)228/35 16 25  
Fax.: (0)228/956 26 09

Les prestations de base (ou d'urgence) sont limitées par rapport aux prestations de soins fournies au titre de l'aide médicale définie dans la loi fédérale relative à l'aide sociale. Elles ne sont fournies qu'en cas de maladie ou de souffrance à caractère d'urgence. La loi ne prévoit aucune obligation de prise en charge des traitements de long terme ou des soins en dehors des situations d'urgence. En raison de ces restrictions, les autorités compétentes peuvent, au cas par cas, autoriser la prise en charge de prestations supplémentaires, notamment pour le rétablissement et la préservation de l'état de santé ou de la subsistance des personnes.

Dans les deux cas, il s'agit de prestations en nature et non de remboursement. Aucune condition de ressource n'est posée.

- Autorités compétentes : l'attribution des prestations et le suivi des bénéficiaires sont assurés par les communes. Les prestations sont financées par les communes et les *Länder*.

## B. Etrangers résidents en situation irrégulière

- Les étrangers en situation irrégulière ont accès aux prestations de soins définies dans la loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile à condition qu'ils acceptent de donner leur identité.

On relève deux cas de figure :

- Si aucun obstacle ne s'oppose à leur expulsion, ces personnes bénéficient jusqu'à leur départ du territoire allemand des prestations médicales de base (d'urgence) définies au § 4 de la loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile.

- En cas d'obstacle à l'expulsion, les personnes peuvent se voir notifier une clause de non-refoulement (*Duldung*). La notification de non-refoulement les sort de l'illégalité mais elle ne peut être assimilée à une autorisation de séjour. Il s'agit d'un récépissé de demande d'asile qui indique que l'Etat allemand renonce à leur expulsion. Il peut être délivré sur demande lorsqu'un étranger est juridiquement obligé de quitter la RFA mais ne peut être expulsé en raison d'obstacles juridiques ou factuels (par exemple, l'Etat d'appartenance ne veut pas accepter l'étranger ou une peine de mort l'y menace). Ces personnes sont alors considérées comme demandeurs d'asile et bénéficient à ce titre des prestations de base et complémentaires définies dans la loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile.

Disposition particulière : la loi fédérale relative à l'aide sociale (aide médicale) s'applique aux demandeurs d'asile en possession d'une notification de non-refoulement et qui ont bénéficié pendant plus de 36 mois, depuis au plus tôt le 1er juin 1997, des prestations au titre de la loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile.

- Les étrangers en situation illégale qui refusent de donner leur identité n'ont droit à aucune prestation en vertu de la loi relative aux prestations pour les demandeurs d'asile.

## Etrangers non résidents

En cas de maladie ou d'accidents, ces personnes bénéficient des prestations de l'aide médicale définies au §120 de la loi fédérale relative à l'aide sociale dans les mêmes conditions que les citoyens allemands (sauf existence d'autres dispositions, par exemple : l'existence d'une loi consulaire pour certains Etats).

p.6.

Loïc Lorthioir  
Service des affaires sociales



## LES ETRANGERS DANS LE SYSTEME DE SOINS

### AU ROYAUME UNI

Le fonctionnement du système de soins britannique (National Health Service-NHS) ne repose pas sur un système d'assurance (cotisations donnant droit à des prestations). Il est financé par l'impôt et est universel : l'accès aux soins est lié à la résidence sans référence à la nationalité.

En dehors de toute situation d'urgence, la porte d'entrée dans le système de soins est le médecin de ville (General practitioner-GP).

La première démarche pour toute personne résidant au Royaume Uni est donc de se faire inscrire sur la liste d'un GP.

Les médecins spécialistes n'exercent que dans les hôpitaux. Il n'y a pas d'accès direct au spécialiste ; c'est le GP qui, en fonction des besoins de santé prend un rendez-vous chez le spécialiste (out-patient). L'hospitalisation éventuelle (in-patient) est décidée par le spécialiste.

#### Les étrangers<sup>1</sup> et le NHS

La notion de résidence diffère selon le niveau de soins demandés (GP ou hospitalisation). Elle s'applique aux nationaux comme aux étrangers.

##### *L'accès au GP*

Un GP est libre d'inscrire ou non un patient sur sa liste. Les patients, selon leur situation au regard de la résidence ont ou non le droit d'être inscrit sur une liste (ie le droit d'être soigné gratuitement).

1- Selon la jurisprudence, une personne est considérée comme « résidant ordinaire » si elle vit légalement au Royaume Uni, volontairement et pour une raison qui peut être précisée, qui implique un degré suffisant de continuité. Ceci concerne en fait, les personnes qui ont l'intention de résider au moins 6 mois au Royaume Uni.

Dans ce cas, l'accès au GP est de droit et les personnes bénéficient des traitements médicaux de premier niveau gratuits.

2- Pour les « visiteurs » (étrangers qui ne peuvent être considérés comme résidents ordinaires), la décision est laissée au GP :

- Il peut l'accepter comme « patient du NHS » (l'inscrire sur sa liste) auquel cas l'intéressé bénéficiera des mêmes avantages que le résident ordinaire.
- Il peut l'accepter comme un patient privé (le patient n'est pas inscrit sur la liste) et est alors autorisé à faire payer les prestations de soins de premier niveau.

---

<sup>1</sup> Les citoyens d'un pays de l'espace économique européen sont pris en charge dans le cadre des formulaires E111, E112 et E128.

3- La question de la régularité du séjour au regard de la législation sur l'immigration ne fait pas l'objet de réglementations formelles à ce premier niveau de soins. « **Etre un étranger en situation irrégulière** n'exclut pas de l'accès aux soins : ils ont droit aux traitements d'urgence dans les mêmes conditions que les visiteurs ». Un GP a le droit de prendre toute personne sur sa liste.

4- **Les cas d'urgence ou nécessitant un traitement immédiat<sup>2</sup>**. Le GP doit prendre en charge le patient et lui fournir les traitements nécessaires dans les mêmes conditions que pour un résident (gratuité totale).

### *L'accès à l'hôpital*

1- **Les soins d'urgence** sont délivrés gratuitement quelle que soit la situation du patient (nationalité, durée et régularité du séjour). La gratuité automatique cesse dès lors que l'intéressé entre formellement à l'hôpital en tant que out-patient ou in-patient.

2- En dehors des situations d'urgence, la délivrance gratuite des **soins hospitaliers** (consultations de spécialistes, hospitalisation, traitements spécialisés à l'hôpital ou à l'extérieur) est réservée aux résidents. Il faut remplir une des conditions suivantes :

- Avoir résider au Royaume Uni pendant au moins 12 mois avant le début des soins pour pouvoir bénéficier de leurs gratuité. La période de 12 mois peut comporter des délais d'absence n'excédant pas 3 mois consécutifs.
- Etre titulaire d'un permis de résident permanent. Dans ce cas, le droit aux soins hospitaliers gratuits prend effet le jour de l'arrivée au Royaume Uni.

D'autre part, les demandeurs d'asile ont un accès gratuit aux soins pendant l'instruction de leur demande, de même que les étudiants.

Dans tous ces cas<sup>3</sup>, le conjoint et les enfants mineurs bénéficient également de la gratuité des prestations.

3- Les traitements des **maladies transmissibles** sont pris en charge gratuitement, sans aucune condition. Toutefois, concernant le VIH, seuls sont pris en charge les coûts de premier diagnostic et les séances de soutien qui sont liées. De même sont totalement pris en charge, sans aucune condition, les traitements psychiatriques obligatoires.

4- Les **visiteurs** n'ont, a priori, pas droit aux soins hospitaliers gratuits. Cependant, l'hôpital peut décider de faire bénéficier l'intéressé de la gratuité des soins (examen au cas par cas).

5- Dans les autres cas, les intéressés se voient expliquer qu'ils doivent payer pour bénéficier des soins. Aucune dérogation n'est possible et le ministère de la santé lui-même ne peut intervenir.

Dans la pratique, il revient à l'hôpital de s'assurer qu'un patient a bien droit à la délivrance de soins. En dehors des cas « faciles » (permis de résider ce permanente, maladie transmissible, fonction particulière), l'hôpital doit en particulier s'assurer que l'intéressé a

<sup>2</sup> Il s'agit de traitements qui ne peuvent être raisonnablement suspendus jusqu'à ce que l'intéressé rentre dans son pays. La décision relève du GP.

<sup>3</sup> En dehors des conditions de résidence, certaines personnes bénéficient de la gratuité des soins du fait de leurs fonctions (emplois rattachés à la Couronne, personnels des ambassades, prisonniers, ...).

bien résidé pendant 12 mois au Royaume Uni. Il n'y a aucune réglementation demandant aux hôpitaux d'identifier ceux qui ne sont pas légalement autorisés à vivre sur le territoire. « Les hôpitaux ne sont pas des services d'immigration et n'ont pas à être concernés par le statut des personnes au regard de la législation sur l'immigration ».

Cependant, dans certains cas, l'hôpital peut être amené à connaître la situation irrégulière au regard de l'immigration, d'un patient. Les décisions de prise en charge sont examinées au cas par cas, en fonction de la situation de la personne. Les droits de l'intéressé à la confidentialité des informations le concernant doivent être appréciés au regard de l'intérêt général qui conduit à alerter les services de l'immigration de l'irrégularité de la situation.

### *La délivrance des médicaments*

Le droit aux soins (GP ou hôpitaux) entraîne le droit à la délivrance de médicaments dans les conditions définies par le NHS. (gratuité avec une part fixe à la charge du patient quel que soit le montant de l'ordonnance). Le pharmacien a obligation de délivrance des médicaments, sauf si le patient refuse de verser la part fixe.

Si la situation du patient n'est pas claire vis à vis de ses droits, le pharmacien délivre les médicaments contre paiement. Le patient se voit remettre un reçu et la question du remboursement est traitée par les services compétents du NHS a posteriori.

### *L'accès aux soins dentaires*

D'une façon générale, l'accès aux soins dentaires fonctionne de la même façon que l'accès aux GP : inscription sur la liste d'un dentiste (General Dental Practitioner-GDP).

Concernant, les étrangers, il n'y a pas de réglementation pour les résidents temporaires. Les GDP peuvent donc de façon discrétionnaire, accepter ou non un tel patient pour des soins NHS ou des soins privés. Dans le cas où le statut du patient vis à vis du NHS n'est pas clair, il peut lui être demandé de payer les soins. Un reçu lui est délivré et son cas est examiné a posteriori.

C. Du castelle

16 décembre 2002