



6 octobre 2010

**Remise en cause de l'Aide médicale d'Etat :
la politique de santé publique ne doit pas être sacrifiée par la loi sur l'immigration**

*Objet : URGENT : Projet de loi immigration, intégration et nationalité - Texte n°2814
Reprise de la discussion à l'Assemblée nationale le mardi 5 octobre et les jours suivants
Amendements n°346 et 44, après l'article 75 du projet de loi, visant à supprimer l'accès aux soins des étrangers précaires (Aide médicale de l'Etat)*

Madame la Députée, Monsieur le Député,

Malgré le choix de la Commission des Lois et l'opposition du Ministère de la Santé, quelques députés dont Monsieur Goasguen vous proposent un nouvel amendement (346 ainsi que l'amendement 44, après l'article 75 du projet de loi) destiné à supprimer l'accès aux soins des populations les plus précaires en France, les personnes sans autorisation de séjour.

La méthode ainsi employée doit purement et simplement être écartée : de tels débats qui touchent gravement à la protection maladie et à la santé des populations ne peuvent avoir lieu à l'occasion d'un texte déjà fort complexe concernant l'immigration.

Sur le fond, réduire l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources incite au report, voire au renoncement aux soins, en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente, et sans véritable garantie sur la rationalisation des coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et dégènereront en complications graves et coûteuses. C'est le sens de la CMU, c'est le sens de l'AME.

Les arguments de Monsieur le Député Goasguen qui vous sont présentés pour soutenir cet amendement ne correspondent pas à la réalité.

1. L'Aide médicale d'Etat (ci-après AME) a été créée il y a plus d'un siècle (1893) et rénovée en 1999 pour protéger la santé des personnes vivant dans les conditions les plus précaires les exposant à des déterminants sociaux sanitaires particulièrement défavorables : prévention, suivi médical, accès aux soins sont ainsi rendus possibles sans attendre l'aggravation des pathologies et donc des coûts humains (souffrance) et financiers (prise en charge plus lourde, dans l'urgence). Maintenir l'AME et l'inscription des personnes dans le système de santé publique, c'est donc bien diminuer les coûts et la charge pour le système de santé en lieu et place de le désorganiser et de diminuer son efficacité.
2. L'AME est le dispositif, en France, le plus contrôlé et étudié tant par l'IGAS que par l'IGF (2003, 2007), mais aussi le groupe de lutte contre les fraudes du ministère des finances. Seules les CPAM peuvent l'accorder, avec des procédures et contrôles stricts. Il n'y a aucune dérive observée ni fraude possible. Passer des CPAM aux préfectures serait une gabegie financière (personnels formés à la CMU-AME dans les CPAM // guichets engorgés dans les préfectures et personnel dont la protection maladie n'est pas le métier). Une politique de santé efficace nécessite que les étrangers sans titre de séjour puissent accéder en premier lieu aux structures sanitaires et sociales qui dépendent du ministère de la santé.

3. Le droit à l'AME est valable 1 an : tous les ans il faut rapporter toutes les preuves nécessaires pour l'obtenir (revenus en dessous du seuil identique à celui de la CMU, preuves de présence et de résidence sur le territoire français). Ce renouvellement tous les ans est déjà source de frais (personnel mobilisé, instruction etc). Le rendre trimestriel multiplierait les coûts par 4.
4. L'augmentation des dépenses de l'AME d'abord sur une augmentation du nombre des bénéficiaires, due à l'augmentation des déboutés du droit d'asile et aux restrictions du droit au séjour en France ces dernières années, mais aussi au nombre croissant d'étrangers en situation régulière indûment orientés vers l'AME, alors qu'ils devraient relever de l'assurance maladie. L'exclusion brutale en 2008 de l'assurance maladie vers l'AME des ressortissants communautaires (les Roms roumains et bulgares par exemple, mais pas seulement) en séjour dit irrégulier est sans nul doute également un facteur explicatif.
5. Les bénéficiaires de l'AME participent, comme chacun d'entre nous, au financement de leur couverture santé. Ils ne sont en effet nullement dispensés du paiement des prélèvements obligatoires que sont les impôts de toute nature (dont la TVA, la fiscalité locale, les impôts sur le revenu,...), ni des cotisations sociales.
6. L'augmentation apparente des dépenses par bénéficiaire, dont le montant par consommant demeure identique à celui du reste de la population¹, peut s'expliquer par des facteurs comptables totalement indépendants du comportement des bénéficiaires. Il s'agit notamment de l'application de la T2A, de la tarification hospitalière spécifique pour les bénéficiaires de l'AME, du recours plus tardif aux soins² et de la sur représentation des bénéficiaires touchés par une pathologie grave³ (cancers, hypertension, hépatites etc) qui devraient, à défaut d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine, obtenir le droit au séjour⁴ et de fait, l'accès à l'assurance maladie.
7. Monsieur Goasguen prétend que les étrangers sans autorisation de séjour sont privilégiés par rapport au reste de la population : l'Aide médicale d'Etat n'est accordée que sous le plafond de ressources de la CMU (des « privilégiés » à moins de 634 euros par mois ?) et le panier de soins de l'AME est nettement inférieur à celui de la CMU. Les rumeurs qui accusent des Français de se faire passer pour des étrangers sans papiers pour bénéficier de l'AME sont sans fondement.

Nous vous invitons donc à refuser les amendements proposant le démantèlement de l'Aide médicale d'Etat.

Nos associations, qui travaillent au quotidien avec les sans-papiers, vous en remercient d'avance.

Le CISS

www.leciss.org/

La FNARS

www.fnars.org/

L'ODSE

www.odse.eu.org/

L'UNIOPSS

www.uniopss.asso.fr/

Contacts :

Adeline Toullier : 06 20 29 86 43

Didier Maille : 06 82 17 31 25

¹ Rapport IGAS-IGF 2007

² Augmentation de 11 à 22% entre 2007 et 2009. Source : Médecins du Monde

³ Augmentation en 2009 des parts de la structure de 35% pour la cardiologie, 51% pour les troubles du système nerveux et 27% pour le VIH. Source : CNAMTS.

⁴ Article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ; Circulaire DGS/SD6A no 2005-443 du 30 septembre 2005 ; Circulaire DGS/RI2/2007/383 du 23 octobre 2007

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) représente depuis plus de 15 ans des intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité. Le CISS rassemble 34 associations nationales et 22 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs : ADMD - AFD - AFH - AFM - AFPric - AFVS - AIDES - Allegro Fortissimo - Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France - Familles Rurales - FFAAIR - FNAIR - FNAMOC - FNAPSY - FNATH - France Alzheimer - France Parkinson - Le LIEN - Les Aînés Ruraux - Ligue Contre le Cancer - Médecins du Monde - ORGECO - SOS Hépatites - Transhépate - UNAF - UNAFAM - UNAFTC - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) regroupe depuis plus de 50 ans des associations de solidarité et des organismes qui sont au service des plus démunis. La FNARS est un réseau généraliste qui lutte contre les exclusions, promeut le travail social et ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social. Elle fédère 800 associations et organismes publics.

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif interassociatif créé en mars 2000. Il entend dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers et porter des propositions dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. Il est composé de : ACT UP-PARIS / AFVS / AIDES / ARCAT / CATRED / CIMADE / COMEDE / CRETEIL-SOLIDARITE / FASTI / FTCT / GISTI / LIGUE DES DROITS DE L'HOMME / MEDECINS DU MONDE / MEDECINS SANS FRONTIERES / MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL / MRAP / PASTT / PRIMO LEVI / SIDA INFO SERVICE / SOLIDARITE SIDA

L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss) est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique. Elle regroupe 25 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médico-social et sanitaire, au travers de 23 Uriopss (Unions régionales) et 110 fédérations et unions nationales de défense et de promotion des personnes, de gestion d'établissements et de services, de soutien aux activités sociales, sanitaires, médico-sociales et socio-judiciaires.