



Inspection générale des Finances

N°2006-M-085-02

Inspection générale des affaires sociales

RM2007-026P

Mission d'audit de modernisation

Rapport

sur

la gestion de l'aide médicale d'État

Établi par

Jack AZOULAY
Inspecteur des Finances

Henri HAVARD
Inspecteur des Finances

Philippe SOURLAS
Commissaire contrôleur des assurances

Sous la supervision de

Éric GISSLER
Inspecteur général des Finances

Dr Laurent CHAMBAUD
Inspecteur des affaires sociales

Delphine CORLAY
Inspectrice adjointe des affaires sociales

- Mai 2007 -

A N N E X E S

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : FICHE DE PRESENTATION DE L'AUDIT

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

ANNEXE III : LISTE DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

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

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

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

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

ANNEXE VIII : LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS

ANNEXE I

FICHE DE PRESENTATION DE L'AUDIT

EXAMEN DU DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ÉTAT

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

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

ANNEXE II

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

SOMMAIRE DE L'ANNEXE II

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

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET CONTACTEES PAR LA MISSION

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

I. PERSONNES RENCONTREES

A. Au niveau national

1. Cabinets ministériels

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

2. Administration centrale du ministère de la santé

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

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

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

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

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

4. Ministère des affaires étrangères

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Cour des comptes

- Emmanuel ROUX, auditeur à la sixième chambre

9. Autres

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

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

B. Au niveau local

1. Département de Paris

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

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

2. Département de Seine-Saint-Denis

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

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

3. Département des Bouches-du-Rhône

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

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

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

4. Département de la Seine-Maritime

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

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

II. PERSONNES CONTACTEES

A. Département de Guadeloupe

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

B. Département de Guyane

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

C. Département de La Réunion

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

D. Département du Nord

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

ANNEXE III

Liste des recommandations de la mission

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

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

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

Tableau 1 : Principales recommandations

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

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

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

Tableau 2 : Principales améliorations qualitatives attendues des recommandations

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

Source : Mission

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

ANNEXE IV

CARTOGRAPHIE DE LA POPULATION ELIGIBLE A L'AME

SOMMAIRE DE L'ANNEXE IV

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² À Rouen et Marseille.

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

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

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

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

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

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

³ Cf. annexe VI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Source : *Id.*

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

¹⁰ Source : *Id.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Rapport du CICI de décembre 2006

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

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

Tableau 2 : Deuxième estimation du nombre de déboutés

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

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

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

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

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

Source : Mission

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

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

Cependant, cette estimation possède un certain nombre de biais :

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

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

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

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

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

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

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

Source : Rapport du CICI décembre 2006

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

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

a) La durée moyenne de présence peut difficilement être connue

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

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

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

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

b) Le CICI utilise un panel d'indicateurs complémentaires

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

Tableau 5 : Indicateurs utilisés par le CICI

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

Source : Rapport du CICI décembre 2006

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

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

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

Tableau 6 : Estimations du nombre de personnes en situation irrégulière

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

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

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

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

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

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

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

Source : Rapport du CICI de décembre 2006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶ À l'exception des personnes en possession d'un visa et des ressortissants de pays dont un accord avec la France autorise la présence.

¹⁷ Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/2000/239.

Enfin, il existe des cas, certes limités, dans lesquels il est possible de se trouver sur le territoire en situation régulière sans avoir de documents de séjour. C'est le cas notamment des demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire¹⁸ et des demandeurs d'asile dits de la procédure « Dublin »¹⁹, qui doivent procéder à leur demande d'asile dans un autre pays de l'Union européenne.

Au total, la complexité du droit positif et de sa pratique en matière de droit du séjour et la grande variété de situations ne rendent pas toujours aisée l'appréciation de la régularité de la situation administrative d'un étranger pour les acteurs du domaine social. De plus, les différences d'appréciation entre administrations sont susceptibles de complexifier davantage encore la situation.

B. Les cas de basculements entre régularité et irrégularité peuvent être multiples

Les passages successifs entre situation régulière et irrégulière constituent un élément de complexité supplémentaire. Au-delà des personnes qui se trouvent durablement placées dans une situation d'irrégularité, certains étrangers peuvent osciller entre régularité et irrégularité en attendant de voir leur situation stabilisée. Cette instabilité administrative entraîne une difficulté importante dans la gestion du dispositif de l'AME.

Le cas des demandeurs d'asile montre la perméabilité entre situation régulière et situation irrégulière :

- la personne qui entre de manière irrégulière sur le territoire pour demander l'asile est en situation irrégulière tant que son dossier de demande d'asile n'a pas été déposé à la préfecture. Si sa demande est acceptée par la préfecture, elle se voit délivrer une autorisation provisoire de séjour et devient en situation régulière ;
- la personne qui manifeste sa volonté de demander l'asile à la frontière est placée en zone d'attente. Si cette personne est jugée en droit de déposer une demande, elle se voit délivrer un sauf-conduit pour aller déposer un dossier en préfecture. Si elle dépasse le délai pour déposer sa demande, elle se retrouve en situation irrégulière jusqu'à ce qu'elle dépose effectivement sa demande, ce qui permettra de régulariser sa situation ;
- une fois le dossier déposé en préfecture, le demandeur a un délai d'un mois pour envoyer un dossier de demande d'asile à l'OFPRA, qui renverra un document attestant de la demande d'asile si le dossier est complet. Ce document doit être fourni en préfecture pour obtenir un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile. Là encore, tout délai dans la procédure entraîne un basculement dans l'irrégularité, puis un retour vers la régularité dès que le document est fourni ;
- pendant le traitement de sa demande, le demandeur doit renouveler tous les trois mois sa demande d'autorisation provisoire de séjour en justifiant de son domicile. Si le demandeur oublie un renouvellement, il bascule dans une situation irrégulière jusqu'à ce qu'il revienne formuler une demande de renouvellement.

¹⁸ Il s'agit des personnes visées par l'article L. 741-4 2° et 4° du CESEDA.

¹⁹ Il s'agit des personnes concernées par le règlement (CE) n° 343/2003 du Conseil du 18 février 2003, codifié à l'article L. 741-4 1° du CESEDA.

La succession d'actes à accomplir dans le cadre d'une demande d'asile constitue ainsi autant de basculements temporaires possibles dans l'irrégularité, **sans qu'il existe de connexion entre la situation administrative au regard du droit du séjour et la couverture des soins de santé.**

C. L'admission au séjour en qualité d'étranger malade permet de régulariser certaines situations

La loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour l'étranger « *résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement dans le pays dont il est originaire* ». Cette disposition **permet ainsi à certaines personnes éligibles à l'AME de voir leur situation régularisée du fait de leur état de santé.**

Cette procédure constitue un autre cas « d'effet de bord » en permettant des passages entre situation irrégulière et situation régulière. Elle pose cependant un problème spécifique, dans la mesure où elle rend plus difficile les analyses de coût moyen pour les bénéficiaires de l'AME. En effet, si 73 % du coût du dispositif est concentré sur les 10 % de consommateurs les plus importants, on peut penser que le fait de faire basculer à la CMU des personnes dont l'état de santé est grave réduit potentiellement le coût moyen réel des bénéficiaires de l'AME. La mission n'a toutefois pas été en mesure de quantifier cet effet, en l'absence de données sur les dépenses de santé des bénéficiaires de titres de séjour « étranger malade ».

L'obtention d'un titre de séjour en qualité d'étranger malade dépend d'une procédure particulière :

- un médecin agréé ou par un praticien hospitalier établit un rapport médical relatif à l'état de santé du demandeur qui doit préciser la ou les pathologies concernées, le traitement en cours et sa durée prévisible et, s'il dispose de cette information, la possibilité ou non de traitement dans le pays d'origine ;
- ce rapport médical doit ensuite être adressé sous pli confidentiel au médecin inspecteur de santé publique compétent au regard du domicile de l'intéressé ou, à Paris, au médecin chef du service médical de la préfecture de police ;
- le médecin inspecteur de santé publique doit, sans rencontrer le malade et à partir du seul rapport, indiquer si le malade satisfait bien les deux conditions (gravité de la pathologie et absence de possibilité de soins dans le pays d'origine) sans donner de justifications ni estimer la durée de traitement nécessaire. Le médecin inspecteur peut toutefois, s'il souhaite disposer d'un avis médical supplémentaire, convoquer le demandeur pour une consultation devant une commission médicale régionale²⁰ ;
- l'avis du médecin inspecteur est transmis au préfet qui décide de l'attribution ou non du titre de séjour et de la durée de ce titre.

²⁰ Cette possibilité a été introduite par la loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration et au séjour des étrangers, qui dispose : « *Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État* ». Le décret d'application correspondant (n°2006-231) est paru le 27 février 2006.

Les préfets, ne disposant pas d'autres éléments de décisions que l'avis positif ou négatif du médecin inspecteur, suivent cet avis dans la très grande majorité des cas. Or un récent rapport de l'IGAS²¹ souligne que « dans les faits, le médecin inspecteur de santé publique est démuné d'informations sur l'offre de soins et les possibilités d'accès effectif aux soins ».

Les documents de séjours délivrés par les préfecture peuvent être soit une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » soit une autorisation provisoire de séjour renouvelable. **Les pratiques semblent être relativement hétérogènes d'une préfecture à l'autre**, les circulaires laissant une grande marge d'appréciation dans la mise en œuvre de la loi²². D'après les informations recueillies par la mission, il semblerait que la règle générale soit de donner une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour les personnes qui sont en mesure de prouver une présence en France depuis plus d'un an, et de ne délivrer qu'une autorisation provisoire de séjour d'une durée de six mois pour les autres.

Le nombre de personnes concernées par la procédure a augmenté très rapidement depuis 1999, mais semble néanmoins se stabiliser en 2005. Le nombre de demandes a en effet été multiplié par neuf entre 2000 et 2004. Pour la même période, le nombre de premiers titres délivrés a été multiplié par quatre, ce qui indique une baisse du taux de délivrance de titres. Le stock de personnes bénéficiant d'une carte de séjour en 2004 est de 16 614, ce qui correspond à 10 % du nombre des bénéficiaires de l'AME. Enfin, l'analyse du nombre des autorisations provisoires de séjour (APS) montre que le nombre d'APS délivrées tous les ans est comparable au nombre de premiers titres délivrés.

Tableau 8 : Chiffres clefs sur la procédure étrangers malades

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique	1 500	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008	ND
Nombre de premières cartes de séjour délivrées à des « étrangers malades »	ND	1 996	3 414	4 183	5 524	7 455	7 196
Nombre total de cartes de séjour délivrées à des « étrangers malades »	3 605	4 795	7 109	8 987	12 109	16 164	ND
Nombre d'autorisations provisoires de séjour délivrées à des « étrangers malades »	ND	ND	ND	3 972	5 985	5 191	4 254

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

Il est difficile de porter un jugement quant aux effets de cette procédure sur le nombre de bénéficiaires de l'AME. En effet, la mission n'a pu quantifier le phénomène en rapprochant le fichier des bénéficiaires de l'AME, tenu par la CNAMTS, de celui des cartes et autorisations de séjour délivrées à des étrangers pour des raisons médicales, détenu par les préfectures. Toutefois, l'augmentation très importante des demandes peut signifier que cette procédure constitue, dans certains cas, l'ultime recours d'étrangers à qui le séjour en France a été refusé.

²¹ Rapport de l'IGAS sur les avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique sur le maintien des étrangers malades sur le territoire, rédigé par M. Jean-François BENEVISE et M. Alain LOPEZ.

²² La circulaire NOR/INT/D/02/00215/C du 19 décembre 2002 dispose : « lorsque la situation qui vous est exposée vous apparaît digne d'intérêt, vous pourrez, en vertu de votre pouvoir d'appréciation, délivrer une autorisation provisoire de séjour, notamment à l'étranger malade dont l'état de santé ne justifie pas la délivrance d'une carte de séjour mais nécessite la poursuite momentanée d'un traitement ». La circulaire NOR/INT/D/03/00003/C du 10 janvier 2003 dispose quant à elle : « vous vous attacherez à distinguer soigneusement les cas où l'étranger doit être admis au séjour au titre de l'article 12bis avec délivrance de carte de séjour temporaire d'un an, des cas où l'existence d'un besoin très temporaire de soins peut conduire à la délivrance discrétionnaire d'une autorisation provisoire de séjour ».

ANNEXE V

ANALYSE DE L'ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES DE L'AME

SOMMAIRE DE L'ANNEXE V

I. NOMBRE ET PROFIL DES BENEFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS A L'HOPITAL	2
A. PROPORTION DES SEJOURS AME ET SOINS URGENTS DANS LE TOTAL DES SEJOURS DES ETABLISSEMENTS	2
B. ANALYSE DE LA STRUCTURE PAR AGE ET PAR SEXE DES PERSONNES HOSPITALISEES	3
1. <i>Les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents sont plus jeunes que l'ensemble des autres patients</i>	3
2. <i>La proportion de femmes hospitalisées parmi les patients AME ou soins urgents est plus importante que parmi les autres patients</i>	5
II. LES PATHOLOGIES DONT SOUFFRENT LES BENEFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS	5
A. L'ANALYSE PAR CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC FAIT RESSORTIR QUELQUES SPECIFICITES	5
B. LES PATIENTS AME SONT SUR-REPRESENTES POUR TROIS PATHOLOGIES PARTICULIERES : LA TUBERCULOSE, LE VIH ET L'HEPATITE VIRALE C	6
III. LA GRAVITE DES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE.....	7
A. L'ANALYSE DES DUREES MOYENNES ET MEDIANES DE SEJOURS PAR CMD ET GHM FOURNIT UNE PREMIERE INDICATION DE LA GRAVITE DES PATHOLOGIES	7
1. <i>Analyse par CMD</i>	7
2. <i>Analyse par GHM</i>	9
B. L'ANALYSE DE LA PART DE SEJOURS AVEC CO-MORBIDITE SIGNIFICATIVE CONFIRME UNE GRAVITE SUPERIEURE A LA MOYENNE DES PATHOLOGIES POUR LES PATIENTS SOINS URGENTS MAIS PAS POUR LES BENEFICIAIRES DE L'AME.....	9

INTRODUCTION

La mission a procédé à une **analyse de l'état de santé des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents**, dans l'objectif de déterminer leurs caractéristiques et de comprendre les déterminants de leurs dépenses. Elle vise également à permettre d'apprécier la capacité du dispositif à répondre aux besoins de santé de ces personnes, qui vivent pour la plupart dans des conditions précaires. Cet élément de contexte est important, dans la mesure où la relation entre santé et précarité a été démontrée dans plusieurs études¹.

Toutefois, l'état de santé des bénéficiaires de l'AME n'a, jusqu'à présent, jamais fait l'objet d'une étude spécifique. Les analyses menées par la mission visaient à répondre à trois questions principales :

- les **caractéristiques** des bénéficiaires (âge et sexe notamment) ;
- les **pathologies** dont ils souffrent ;
- la **gravité de leurs pathologies** par rapport aux autres patients.

Les données médicales sont difficiles à recenser lorsque les patients sont pris en charge par des praticiens libéraux ou dans le cadre des consultations externes à l'hôpital. En cas d'hospitalisation en revanche, les données médicales sont recensées de manière détaillée dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La mission s'est donc concentrée sur les données concernant des patients hospitalisés. Elle s'est appuyée sur les données extraites du PMSI de certains des hôpitaux visités (Charles-Nicolle à Rouen, la Conception à Marseille, Avicenne à Bobigny, la Pitié-Salpêtrière à Paris), puis sur **les recherches menées pour l'ensemble des hôpitaux de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)**, soit 24 établissements, par le département d'information médicale et d'épidémiologie de l'AP-HP².

Si les données de l'AP-HP ne peuvent être considérées comme représentatives des patients de la France entière, elles constituent cependant un échantillon important, avec 15 886 séjours analysés. Les données des autres hôpitaux sollicités rejoignent les grandes tendances observées pour l'AP-HP. Elles ne sont pas présentées dans la présente annexe, car il n'a pas été opéré de distinction entre soins urgents et AME pour ces hôpitaux.

Étant donné que l'identité des patients et leur couverture sociale n'est pas indiquée dans le PMSI, cette étude a nécessité de rapprocher les données contenues dans la base Gilda (logiciel de gestion des dossiers administratifs), afin de repérer les séjours des patients relevant de l'AME ou des soins urgents et les données issues du PMSI. L'année de référence est l'année 2005 (patients entrés à l'hôpital en 2005).

¹ Voir à ce sujet le numéro spécial du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur les *inégalités sociales de santé en France*, n° 2-3, 2007.

² Les établissements de moyen et de long séjour et les établissements spécialisés de l'AP-HP n'ont cependant pas été inclus dans l'étude.

L'analyse a porté à la fois sur les catégories majeures de diagnostic (CMD) et sur leur subdivision en groupes homogènes de malades (GHM)³. Trois catégories de séjour ont été distinguées pour comparer les données disponibles :

- ceux des personnes bénéficiaires de l'AME ;
- ceux des personnes soignées au titre de la procédure soins urgents ;
- les séjours « autres », c'est-à-dire les personnes hospitalisées sous une autre couverture, quelle qu'elle soit, ou sans couverture sociale, mais ne répondant pas au critère soins urgents ou AME.

Par ailleurs, la méthode suivie vise à assurer que ces trois types de séjours sont comparables :

- pour certaines comparaisons, les séjours des personnes de 70 ans et plus ont été retirés de l'ensemble des trois catégories, afin de pondérer l'effet de l'âge dans la catégorie « autres ». En effet, les personnes de plus de 70 ans représentent une part sensiblement plus faible parmi les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents que parmi les séjours « autres » ; le seuil de 65 ans a été retenu pour l'analyse de trois pathologies spécifiques.
- afin de rendre plus homogènes les comparaisons sur les durées moyennes de séjour, un ratio standardisé de durée de séjour a été calculé par CMD, en ajustant les calculs sur le GHM. Cette standardisation a été effectuée à la fois sur la classe d'âge et sur les diagnostics (appréciés au travers des GHM), permettant d'objectiver les différences en tenant compte de distributions inégales de la population par âge ou par diagnostic ;
- les différences observées ont été testées statistiquement par un test de comparaison de moyennes, avec un seuil de significativité à 5 %.

I. NOMBRE ET PROFIL DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS A L'HOPITAL

A. Proportion des séjours AME et soins urgents dans le total des séjours des établissements

Le nombre de séjours de bénéficiaires de l'AME ou des soins urgents est relativement faible par rapport au nombre de séjours totaux des hôpitaux observés. Le tableau suivant montre en effet que la part des hospitalisations pour soins urgents est minime dans l'activité des hôpitaux (moins de 1 %). L'AME ne représente plus de 5 % de l'activité de l'hôpital que dans six hôpitaux seulement.

³ Les CMD correspondent à un niveau de classement des séjours, en principe selon le diagnostic principal. Il en existe plus d'une vingtaine. Le GHM est le premier niveau de classification des séjours cohérents du point de vue médical et des coûts. Il comprend plusieurs centaines de catégories.

Tableau 1 : Nombre de séjours (hospitalisation complète) et nombre de patients par hôpital pour l'AME et les soins urgents en 2005

Hôpital	AME			Soins urgents		
	Nombre de séjours	Part dans l'hôpital	Nombre de patients	Nombre de séjours	Part dans l'hôpital	Nombre de patients
Groupe hospitalier C. Foix – J.Rostand	388	7,8 %	336	27	0,5 %	23
Rothschild	342	6,3 %	289	3	0,1 %	3
Bichat	1 711	5,8 %	1 227	100	0,3 %	58
Lariboisière – F. Widal	1 580	5,7 %	1 294	60	0,2 %	47
R. Debré	1 081	5,5 %	906	39	0,2 %	33
J. Verdier	739	5,3 %	615	46	0,3 %	37
Tenon	1 126	4,5 %	864	76	0,3 %	58
St-Antoine	972	3,5 %	758	82	0,3 %	63
Beaujon	576	3,3 %	473	50	0,3 %	39
L. Mourier	419	3,0 %	337	14	0,1 %	12
St-Louis	765	2,9 %	493	39	0,1 %	30
Avicenne	469	2,8 %	335	0	0,0 %	0
Pitié Salpêtrière	1 311	2,4 %	903	47	0,1 %	34
Trousseau	304	2,3 %	238	19	0,1 %	12
Hôtel-Dieu	314	2,2 %	218	1	0,0 %	1
Cochin – SVP	886	1,9 %	706	31	0,1 %	21
Bicêtre	522	1,9 %	388	44	0,2 %	35
Necker	402	1,6 %	323	11	0,0 %	9
HEGP	361	1,3 %	246	20	0,1 %	17
A. Beclère	233	1,3 %	192	15	0,1 %	14
P. Brousse	75	1,2 %	39	8	0,1 %	6
Groupe hospitalier H.Mondor - A.Chenevier	311	1,1 %	210	8	0,0 %	7
R. Poincaré	66	1,0 %	49	7	0,1 %	5
A. Paré	177	0,9 %	129	9	0,0 %	6
Total	15 130	2,9 %	11 568	756	0,1 %	570

Source : AP-HP

B. Analyse de la structure par âge et par sexe des personnes hospitalisées

1. Les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents sont plus jeunes que l'ensemble des autres patients

La répartition par âge des patients AME et soins urgents fait apparaître que cette population est plus jeune que la moyenne des patients.

Tableau 2 : Répartition par âge des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents et du reste des patients de l'AP-HP en 2005

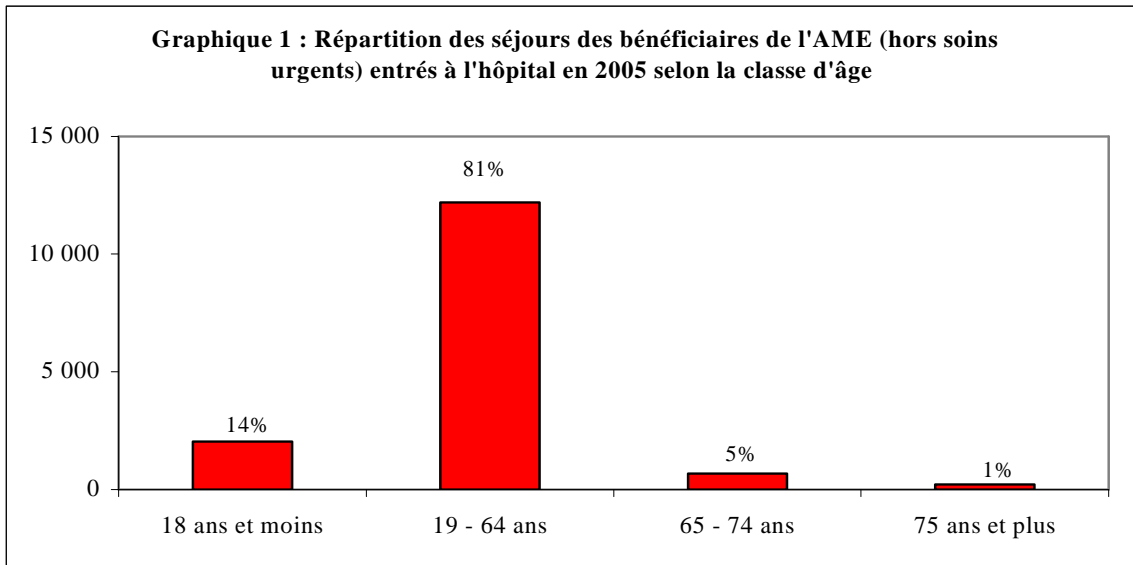
	Âge moyen (en années)	Part des 65 ans et plus	Part des 18 ans et moins
AME	33,1	6 %	14 %
Soins urgents	35,9	7 %	14 %
Autres	47,0	29 %	16 %

Source : AP-HP

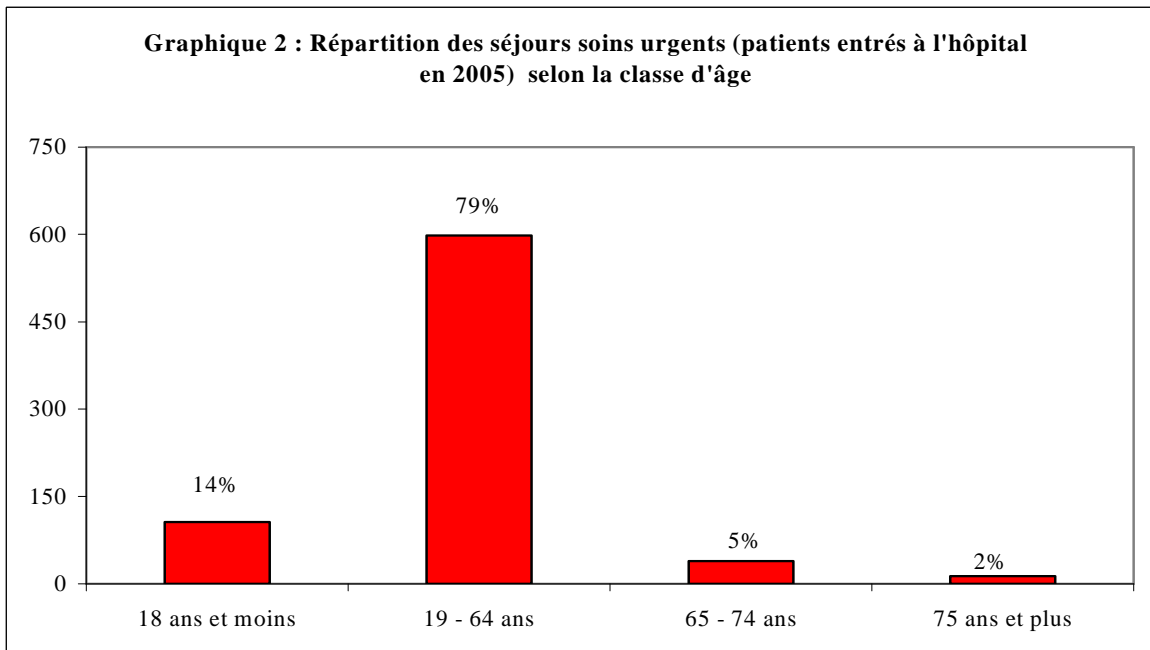
Ainsi, l'âge moyen des patients AME et soins urgents (respectivement 33,1 et 35,9 ans) est sensiblement moins élevé que pour la catégorie « autres » (47,0 ans). De même, la proportion des personnes de 65 ans et plus s'élève respectivement à 6 % et 7 % pour les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, soit une part quatre à cinq fois plus faible que pour les séjours « autres » (29 %).

Néanmoins, il n'existe pas de sur-représentation des enfants et adolescents : les proportions de patients de 18 ans et moins sont similaires dans les trois catégories (AME, soins urgents, autres). Puisque le nombre de patients AME et soins urgents de cette dernière catégorie ne fait pas baisser la moyenne d'âge, il y a donc **une part importante de jeunes adultes parmi les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents hospitalisés.**

Les histogrammes suivants confirment la faible proportion de personnes de plus de 65 ans et la part marginale des plus de 75 ans parmi les personnes admises au titre de l'AME ou des soins urgents.



Source : AP-HP



Source : AP-HP

2. La proportion de femmes hospitalisées parmi les patients AME ou soins urgents est plus importante que parmi les autres patients

On retrouve un pourcentage de séjours plus élevé chez les femmes pour ce qui concerne les bénéficiaires de l'AME (61,6 %) que pour les autres patients (52,0 %). Ce constat s'explique par la sur-représentation des grossesses et accouchements parmi les causes d'hospitalisation de l'ensemble des patients AME et soins urgents (cf. *infra*).

Tableau 3 : Répartition des séjours selon le sexe (données 2005)

	« Autres » séjours	AME	Soins urgents
Part de femmes dans les hospitalisations	52,0 %	61,6 %	53,6 %

Source : AP-HP

II. LES PATHOLOGIES DONT SOUFFRENT LES BENEFICIAIRES DE L'AME ET DES SOINS URGENTS

A. L'analyse par catégories majeures de diagnostic fait ressortir quelques spécificités

Une analyse par CMD permet d'identifier les pathologies pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents sont sur-représentés par rapport à cette moyenne. Pour mémoire, les séjours AME représentent 2,9 % et les séjours soins urgents 0,1 % de l'ensemble des séjours de l'AP-HP (cf. *supra* tableau 1). Cette analyse amène à différencier les soins urgents de l'AME.

Ainsi, pour les soins urgents, la part relative des séjours varie peu pour la grande majorité des catégories, à quelques exceptions notables où elle est plus élevée : les maladies dues à une infection par le VIH (3,5 % en chirurgie et 0,8 % en médecine) et les séances et séjours de moins de deux jours en obstétrique (0,6 %).

Pour l'AME en revanche, les différences observées touchent des domaines variés :

- pour certaines CMD, il existe une sous-représentation notable des séjours AME : traumatismes et allergies, affections de l'appareil circulatoire, affections et traumatismes de l'appareil musculaire, affections du système nerveux et troubles mentaux. Ces différences mériteraient d'être étudiées plus en détail pour savoir si elles tiennent à des différences dues à la prévalence des problèmes de santé dans ces populations ou à des problèmes d'accès aux soins, notamment en ce qui concerne les troubles mentaux ;
- la part pour la CMD « maladies infectieuses et parasitaires » ne diffère pas sensiblement de celle de la population « autres », ce qui peut contredire l'approche intuitive sur cette population ;
- une sur-représentation des brûlures et des affections du sang peut également être notée, mais sur des effectifs peu importants ;
- les sur-représentations les plus importantes se concentrent sur les événements entourant l'accouchement⁴ et sur l'infection par le VIH.

⁴ Accouchements avec et sans complications, césarienne, affections de l'*antepartum* (précédant l'accouchement).

Tableau 4 : Principales CMD pour lesquelles la part relative de l'AME est sensiblement plus élevée que la moyenne générale (données 2005)

CMD	Discipline médico-tarifaire*	Nombre de séjours		Part relative	
		Non AME	AME	Non AME	AME
Affections de l'appareil génital féminin	C	6 761	433	93,9 %	6,0 %
	M	2 170	134	94,1 %	5,8 %
Grossesses pathologiques	O	36 553	4 083	89,6 %	10,0 %
Nouveaux-nés	M	2 469	122	95,1 %	4,7 %
Affections du sang et des organes	C	364	22	94,1 %	5,7 %
Brûlures	C	795	40	95,2 %	4,8 %
Séances et séjours de moins de deux jours	O	5 209	418	92,0 %	7,4 %
Maladies dues à une infection par le VIH	C	178	15	89,0 %	7,5 %
	M	2 978	177	93,6 %	5,6 %
Total		505 855	15 130	97,0 %	2,9 %

* C= Chirurgie, M= Médecine, O= Obstétrique

B. Les patients AME sont sur-représentés pour trois pathologies particulières : la tuberculose, le VIH et l'hépatite virale C

La mission a analysé les séjours sur trois diagnostics particuliers (tuberculose, VIH, hépatite virale C), pour lesquels l'hypothèse d'une prévalence accrue de ces pathologies parmi les bénéficiaires de l'AME méritait d'être explorée. L'analyse a porté sur les séjours identifiés mentionnant ce diagnostic, que ce soit en diagnostic principal ou en diagnostic associé⁵. Elle ne concerne que l'AME, excluant les soins urgents.

Les résultats, présentés dans le tableau 5, montrent **une part relative forte pour ces trois causes d'hospitalisation** : pour une proportion d'ensemble de 2,9 % des séjours, les patients AME représentent 13,4 % des séjours pour la tuberculose, 4,9 % pour le VIH et 4,1 % pour l'hépatite virale C. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour (DMS) est plus longue que pour les autres patients dans le cas de la tuberculose et du VIH mais pas pour l'hépatite virale C.

Tableau 5 : Analyse des séjours AME pour trois pathologies spécifiques

Pathologie	Nombre de séjours		Part des séjours avec AME ⁶	Durée moyenne de séjour	
	Avec AME*	Sans AME*		Séjours avec AME (en jours)	Séjours sans AME ⁷ (en jours)
Tuberculose	267	1 722	13,4 %	21,1	15,6
VIH	354	6 913	4,9 %	15,9	11,1
Hépatite virale C	200	4 641	4,1 %	7,0	8,5

Source : AP-HP

⁵ Le diagnostic est porté soit comme la cause principale du séjour, soit comme un élément associé à la cause principale de l'hospitalisation.

⁶ Ces données excluent les séjours des personnes de 65 ans et plus.

⁷ *Idem.*

III. LA GRAVITE DES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE

A. L'analyse des durées moyennes et médianes de séjours par CMD et GHM fournit une première indication de la gravité des pathologies

1. Analyse par CMD

En première analyse, les durées moyennes de séjours par CMD (cf. tableau 6 *infra*) sont sensiblement égales pour les séjours des bénéficiaires de l'AME et les patients « autres ». En revanche, les séjours des bénéficiaires des soins urgents sont près de deux fois plus longs que la moyenne.

Cependant, en standardisant la distribution de la population par groupes de pathologies et en fonction de l'âge, **on observe un allongement global de 15 % de la durée moyenne de séjour pour les bénéficiaires de l'AME.** Ce constat est accentué **pour les soins urgents, avec un allongement de plus de 60 %** (ratio standardisé de 1,61). Cette dernière différence est significative sur le plan statistique.

L'analyse par CMD des durées moyennes de séjour fait également apparaître des différences significatives sur le plan statistique (dans la plupart des cas sous forme d'allongement), principalement pour les soins urgents :

- pour les affections de l'appareil génital féminin, la durée moyenne de séjour standardisée des patients soins urgents est cinq fois plus importante que pour les séjours « autres » ;
- toutefois, la durée moyenne de séjour est significativement plus faible pour la prise en charge des nouveaux-nés et des maladies et troubles mentaux des patients soins urgents ;
- en ce qui concerne l'AME, la différence observée la plus importante concerne les maladies mentales, avec un allongement de plus de 60 % (ratio standardisé de 1,62).

L'analyse de la durée médiane de séjour permet d'affiner l'analyse. Elle montre que pour une majorité de CMD les séjours médians AME sont semblables aux séjours « autres », voire inférieurs pour plusieurs CMD, à l'exception notable de l'infection par le VIH.

Tableau 6 : Comparaison des durées moyennes et médianes de séjours pour les CMD pour lesquelles une différence significative a été mise en évidence (données 2005)

CMD	Discipline médico-tarifaire*	Durée moyenne de séjour (en jours)			Durée médiane de séjour (en jours)			Ratio standardisé de la durée de séjour			Test de significativité de la DMS	
		Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	AME	Soins urg.
Affections des oreilles, du nez, etc.	C	5,0	3,8	8,0	3	3	8	1,00	1,01	0,65	-	
Affections de l'appareil respiratoire	M	10,4	10,4	19,5	7	7	11	0,99	1,15	1,77		+
Affections de l'appareil circulatoire	C	14,9	13,3	28,9	10	11	22	1,00	0,98	1,46		+
	M	7,5	7,8	10,8	4	5	7	1,00	1,21	1,33		+

CMD	Discipline médico-tarifaire*	Durée moyenne de séjour (en jours)			Durée médiane de séjour (en jours)			Ratio standardisé de la durée de séjour			Test de significativité de la DMS	
		Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	Autres	AME	Soins urg.	AME	Soins urg.
Affections du tube digestif	C	10,4	7,7	24,6	6	3	12	1,00	1,16	1,95	-	
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	M	8,3	10,5	40,2	5	7	18	0,99	1,37	3,74	+	
Affections de la peau, des tissus, etc.	C	6,4	7,2	12,1	3	4	11	0,99	1,27	1,92		+
Affections du rein et des voies urinaires	M	7,7	7,5	10,9	4	4	10	1,00	1,15	1,30		+
Affections de l'appareil génital féminin	C	5,0	4,5	29,0	4	4	4,5	0,99	1,05	4,73	-	
Grossesses pathologiques	O	5,3	5,6	6,2	4	5	5	0,99	1,04	1,18	+	
Nouveaux-nés	M	13,4	13,8	6,0	7	8	5	1,00	1,02	0,67		-
Maladies et troubles mentaux	M	14,6	16,3	6,5	11	12	6,5	1,00	1,62	0,46		-
Séances et séjours de moins de deux jours	C	0,8	0,8	0,7	1	1	1	1,00	1,06	1,03	+	
	M	0,7	0,7	0,9	1	1	1	1,00	1,05	1,38		+
	O	0,6	0,6	0,8	1	1	1	1,00	1,03	1,25		+
Maladies dues à une infection par le VIH	M	15,8	22,9	32,8	10	14	25,5	0,97	1,33	2,09	+	+
Total		6,7	6,6	12,6				1,00	1,15	1,61		+

* C= Chirurgie, M= Médecine, O= Obstétrique

Enfin, il ressort d'entretiens de la mission avec des praticiens hospitaliers, confirmés par les différences entre durée moyenne de séjour et durée médiane, que **les durées moyennes de séjour peuvent être accrues par quelques séjours très longs**. Ces séjours peuvent correspondre à des cas graves ou à des difficultés à trouver des solutions à la sortie de l'hôpital pour les personnes concernées, notamment du fait de la difficulté à les envoyer dans des structures de moyen séjour et de l'absence de domicile décent pour certains⁸. Une analyse plus fine serait ainsi nécessaire pour préciser les déterminants de l'allongement des séjours.

⁸ Les interlocuteurs de la mission ont par exemple fait part d'un allongement de la durée de séjour de certaines patientes bénéficiant de l'AME sans domicile fixe qui viennent d'accoucher, du fait de la difficulté à trouver des structures d'hébergement pour ces mères et leur nouveau-né.

2. Analyse par GHM

Une étude plus fine des durées moyennes de séjours par GHM a été produite pour l'AP-HP. Elle montre des différences sensibles pour plusieurs diagnostics, dont l'analyse pourrait utilement être approfondie en fonction des effectifs présents dans chaque GHM. À titre d'exemple, **un allongement statistiquement significatif de la durée moyenne de séjour peut être relevé pour le GHM « Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans sans complications et morbidités associées », de plus de 30 % pour l'AME. Pour ce GHM, la part des patients AME représente par ailleurs 10 % de l'ensemble des séjours.**

B. L'analyse de la part de séjours avec complications et morbidités associées significatives confirme une gravité supérieure à la moyenne des pathologies pour les patients soins urgents mais pas pour les bénéficiaires de l'AME

Les données relatives à la part de séjours avec complications et morbidités associées (cf. tableau 7 *infra*) fournies par l'AP-HP montrent que **les séjours des bénéficiaires de l'AME présentent une part de facteurs de gravité comparable à celles des autres patients**, voire inférieure pour certaines CMD. Ce constat ne confirme pas l'hypothèse de pathologies plus graves, et donc d'un retard systématique aux soins, évoquée par plusieurs interlocuteurs de la mission.

En revanche, **la part des séjours de patients « soins urgents » avec complications et morbidités associées est globalement le double de celle des autres patients**, augmentation générale qui se retrouve dans un grand nombre de CMD. Cette donnée permet de confirmer que les soins prodigués au titre de cette procédure concernent des pathologies comportant des éléments de gravité particuliers, qui peuvent donc être manifestement considérés comme urgents.

Tableau 7 : Part des séjours 2005 avec complications et morbidités associées sur l'ensemble des séjours, par CMD

CMD	Autres patients	AME	Soins urgents
Affections du système nerveux	23,9 %	25,6 %	47,1 %
Affections de l'œil	8,8 %	11,0 %	100,0 %
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	12,9 %	5,4 %	33,3 %
Affections de l'appareil respiratoire	43,1 %	36,8 %	48,8 %
Affections de l'appareil circulatoire	44,5 %	49,3 %	80,0 %
Affections du tube digestif	26,3 %	18,1 %	42,9 %
Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	45,2 %	35,2 %	72,7 %
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	13,9 %	12,4 %	12,5 %
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	18,9 %	19,0 %	27,3 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	18,5 %	17,4 %	60,0 %
Affections du rein et des voies urinaires	25,0 %	21,2 %	51,9 %
Affections de l'appareil génital masculin	27,5 %	20,0 %	100,0 %
Affections de l'appareil génital féminin	7,6 %	6,7 %	0,0 %
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	23,8 %	17,9 %	50,0 %
Affections myélo-prolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	16,0 %	19,2 %	17,6 %
Maladies infectieuses et parasitaires	33,5 %	25,9 %	10,0 %
Maladies et troubles mentaux	31,8 %	30,8 %	0,0 %
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	40,7 %	66,7 %	0,0 %
Traumatismes, allergies et empoisonnements	25,3 %	17,0 %	50,0 %
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours services de santé	31,4 %	29,5 %	33,3 %
Total	25,5 %	22,0 %	45,7 %

Source : AP-HP

ANNEXE VI

LA GESTION ADMINISTRATIVE DES BENEFICIAIRES ET LA FACTURATION DE L'AME

SOMMAIRE

I. LES CPAM EXERCENT DES CONTROLES RIGoureux TANT AU MOMENT DE L'OUVERTURE DES DROITS QUE SUR LES FACTURES PRESENTEES AU TITRE DE L'AME.....	2
A. LA GESTION DES BENEFICIAIRES PAR LES CPAM	2
1. <i>Les contrôles effectués par les CPAM à l'ouverture et au renouvellement des droits permettent de n'attribuer l'AME qu'à des personnes qui y sont éligibles.....</i>	2
2. <i>Des marges d'amélioration demeurent dans la gestion exercée par les CPAM.....</i>	5
B. LES CONTROLES SUR LES PRESTATIONS DELIVREES AUX BENEFICIAIRES DE L'AME SONT LES MEMES QUE POUR LES ASSURES SOCIAUX	8
1. <i>Les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires apparaissent limitées.....</i>	8
2. <i>Les factures transmises font l'objet d'un contrôle systématique d'ouverture des droits à l'AME.....</i>	9
3. <i>Les prestations AME sont contrôlées par les CPAM au même titre que l'ensemble des prestations dans le cadre des plans de contrôles.....</i>	10
II. LES HOPITAUX ASSURENT LEUR ROLE EN MATIERE D'ACCES AU DROIT ET D'ACCES AUX SOINS DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR	11
A. LES HOPITAUX NE PEUVENT FAIRE SUPPORTER PAR L'AME LES DEPENSES D'ETRANGERS QUI N'Y SONT PAS ELIGIBLES	11
1. <i>Les étrangers non éligibles à l'AME sont soit assurés sociaux soit font l'objet de l'émission d'un titre individuel</i>	11
2. <i>Les hôpitaux aident à la constitution des dossiers mais les CPAM ont le monopole de l'ouverture des droits</i>	12
B. LE CIRCUIT DE FACTURATION DE L'AME NE PERMET PAS DE DOUBLE COMPTE A L'HOPITAL	14
1. <i>Les règles comptables garantissaient l'absence de double facturation dans le cadre de la dotation globale</i>	14
2. <i>Les procédures mises en œuvre dans le cadre de la tarification à l'activité garantissent l'absence de double facturation</i>	15
3. <i>Les séjours AME sont facturés au tarif journalier de prestation</i>	17

INTRODUCTION

Conformément aux objectifs fixés lors du lancement de l'audit, la mission a porté une attention particulière à la gestion administrative des bénéficiaires et à la facturation des prestations délivrées, et, sur ces deux aspects, aux contrôles exercés et à la fiabilité des procédures suivies :

- **L'analyse de la gestion des bénéficiaires** a consisté à identifier le rôle de chaque acteur (CPAM, CCAS, associations, établissements de santé), les conditions d'ouverture des droits (vérification des pièces justificatives), de renouvellement, de délivrance des attestations et de traitement des fichiers ;
- **L'analyse de la facturation** a consisté à suivre les modalités de facturation (télétransmission ou papier) par les médecins libéraux, les officines et les établissements de santé et les contrôles effectués par les CPAM sur les factures présentées.

Les établissements de santé représentant 69 % de la dépense payée par la CNAMTS au titre de l'AME (88 % à des établissements publics), l'enjeu de la sécurisation de la procédure d'ouverture des droits et de facturation se pose avec d'autant plus d'acuité :

- en premier lieu, une certaine proportion des patients bénéficiaires de l'AME (l'évaluation de ce nombre n'a pu être produite par les établissements de santé visités) **est accueillie à l'hôpital sans droit ouvert**. La mission s'est donc intéressée au partage des responsabilités entre les services des hôpitaux et les services des CPAM pour l'instruction des demandes d'AME ;
- par ailleurs, **deux circuits distincts de facturation vers la CNAMTS** existent avec, d'une part, la facturation des soins pris en charge par l'État au titre de l'AME et d'autre part, la facturation des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ce double circuit de facturation adressé au même opérateur, a pu éveiller des doutes sur la présence d'une double facturation.

La mission s'est rendue dans cinq hôpitaux :

- Charles Nicolle à Rouen ;
- Avicenne à Bobigny ;
- Lariboisière-Fernand Widal à Paris ;
- La Pitié-Salpêtrière à Paris ;
- La Conception à Marseille.

I. LES CPAM EXERCENT DES CONTROLES RIGoureux TANT AU MOMENT DE L'OUVERTURE DES DROITS QUE SUR LES FACTURES PRESENTEES AU TITRE DE L'AME

A. La gestion des bénéficiaires par les CPAM

1. Les contrôles effectués par les CPAM à l'ouverture et au renouvellement des droits permettent de n'attribuer l'AME qu'à des personnes qui y sont éligibles

a) Les CPAM appliquent rigoureusement les procédures de vérification de l'éligibilité des demandeurs

Lors de l'instruction des droits, les CPAM procèdent à des contrôles rigoureux conformes aux obligations législatives et réglementaires. Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale d'État **établit une liste précise de pièces justificatives** permettant la vérification, d'une part, de l'identité du demandeur et, d'autre part, de la stabilité de sa résidence en France :

- pour la vérification de l'identité, sont par exemple acceptés le passeport, la carte nationale d'identité, un extrait d'acte de naissance traduit, un livret de famille traduit, une copie d'un titre de séjour antérieurement détenu, *etc.* ;
- pour la vérification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire, est principalement accepté le visa ou le tampon comportant la date d'entrée en France figurant sur le passeport ou, mais seulement à défaut, une quittance de loyer, une facture d'électricité, des documents fiscaux, une attestation d'hébergement établie par un CHRS, *etc.*

La mission a pu constater¹ que **ces pièces justificatives sont effectivement exigées par les personnels d'accueil des CPAM** qui demandent d'ailleurs à voir les documents originaux et refusent les photocopies présentées à l'appui de la demande. Les CPAM n'acceptent donc plus les déclarations sur l'honneur comme cela était le cas avant la LFR 2003.

Seules les ressources font encore l'objet de déclarations sur l'honneur². Cette exception à une politique de vérification étendue des critères d'éligibilité s'explique par le caractère difficilement vérifiable de ressources issues principalement du travail illégal (d'où une impossibilité de croisement de données avec les services fiscaux notamment). Les CPAM rencontrées refusent cependant les déclarations sur l'honneur des bénéficiaires attestant une absence totale de ressources.

¹ Pour la Guadeloupe, la mission s'est fondée sur un rapport d'inspection « sur la mise en place de la CMU et de l'AME sur la commune de Saint-Martin » établi en 2005 par la DSDES.

² Le décret du 28 juillet 2005 prévoit « pour la justification des ressources et, le cas échéant, de celles des personnes à charge, y compris les ressources venant d'un pays étranger, un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrées ».

Le formulaire *Cerfa* n°50 741*3 de demande d'AME prévoit, pour l'étude des ressources, la vérification du versement éventuel d'indemnités journalières, d'allocations familiales, et d'allocations chômage. Étant donné que le versement de ces prestations est conditionné à une résidence stable et régulière sur le territoire français, ces vérifications ne peuvent valoir qu'en cas de basculement dans l'irrégularité dans le cours de l'année. Par ailleurs, les demandeurs d'AME peuvent avoir basculé dans l'irrégularité et ne pas en avoir informé leur employeur ; ils continuent alors à recevoir leur salaire même si les services des CPAM ont quant à eux repéré le changement.

L'évaluation des ressources demeure principalement dépendante des déclarations de bénéficiaires et de la vigilance des personnels d'accueil. **La mission a pu constater l'existence de modèles d'évaluation des ressources variables selon les CPAM, parfois très élaborés** sans que les gains d'une telle évaluation apparaissent clairement en termes de barrière à l'accès au droit à l'AME de personnes irrégulières dont les revenus pourraient être au dessus du seuil fixé.

b) La séparation entre constitution des dossiers et décision d'attribution de l'attestation permet d'assurer un double contrôle à l'ouverture des droits

Les CPAM ont le monopole de l'instruction et de l'attribution de l'AME. Ainsi, l'instruction de la demande doit être distinguée de la constitution du dossier et la loi (article L. 252-1 du Code de l'action sociale et des familles) prévoit que le dossier de demande peut être déposé auprès :

- d'un organisme d'assurance maladie ;
- d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ;
- des services sanitaires et sociaux du département de résidence ;
- des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'État dans le département.

Ni les associations, ni les CCAS, ni les hôpitaux n'interviennent dans l'instruction des dossiers : leur rôle est limité à l'aide à la constitution de ceux-ci, et, éventuellement, pour les associations et les CCAS, à la domiciliation. Depuis la création de l'AME par la loi de 1999, le nombre de CCAS acceptant d'aider à la constitution des dossiers a fortement diminué. Les demandeurs de l'AME déposent principalement leurs dossiers dans les accueils des CPAM, les hôpitaux et les associations agréées. Les relations entre les CPAM et ces acteurs sont variables selon le choix d'organisation des CPAM en matière d'accueil et de traitement des dossiers. À titre d'exemple, la CPAM de Paris exige de rencontrer le demandeur et met en place des permanences dans les hôpitaux et les associations ; la CPAM de Marseille en organise dans les associations et les contacts informels entre le pôle social de la CPAM, les associations et les hôpitaux semblent nombreux au moment de la constitution des dossiers.

Par ailleurs, le principe général de la séparation entre instruction et attribution est appliqué dans toutes les CPAM visitées : les personnels d'accueil des CPAM aident à la constitution des dossiers mais ne décident pas de l'attribution des attestations. Ainsi à Paris, le personnel d'accueil délivre simplement une attestation de dépôt de la demande assortie d'un numéro provisoire d'immatriculation qui sera confirmé par le service de traitement des demandes en cas d'attribution de l'AME.

Le traitement des dossiers de demandes peut être centralisé (Paris, Lille) ou décentralisé dans l'ensemble des unités de gestion des CPAM (Marseille, Bobigny, Rouen). Dans tous les cas, c'est un service différent du service d'accueil qui traite le dossier, vérifie s'il est complet et décide de l'attribution de l'attestation AME. Celle-ci peut être remise en main propre ou envoyée au domicile du demandeur (le cas échéant à la CCAS ou l'association où le demandeur a élu domicile).

c) L'examen des motifs de refus fait apparaître la réalité du contrôle de résidence

Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 prévoit que **la CNAMTS doit communiquer chaque trimestre le nombre de décisions d'admission et de rejets prononcés**. Elle n'est pas encore en mesure d'indiquer le taux de refus qui en découle. Les caisses visitées par la mission ont cependant instauré le comptage de ces refus. Ainsi, à Paris, le taux de refus s'élève à 1,42 % sur l'année 2005, à Marseille, il est de 5,4 %³, et à Bobigny, de 1,75 %⁴.

Les taux de refus relativement bas peuvent s'expliquer par la connaissance du dispositif que peuvent en avoir les étrangers en situation irrégulière, ceux qui ne rempliraient pas les conditions d'éligibilité renonçant spontanément à se présenter. Les modalités d'organisation des CPAM peuvent ainsi jouer un rôle : à Rouen par exemple, les agents d'accueil peuvent d'emblée expliquer au demandeur les conditions d'ouverture des droits (résidence ininterrompue de plus de trois mois, plafond de ressources, etc.), orienter les demandeurs qui peuvent en conséquence renoncer à constituer un dossier et déposer une demande. En Guadeloupe, le taux de refus s'élève à 2,5 % mais il apparaît qu'un certain nombre de demandeurs renonce à se manifester quand la Caisse générale de sécurité sociale demande des justificatifs complémentaires à l'appui du dossier.

De manière générale, **les difficultés de domiciliation** (cf. rapport de synthèse § III, A, 1) sont susceptibles de faire renoncer certains étrangers en situation irrégulière à l'engagement d'une démarche d'ouverture des droits.

Les motifs de refus ne font pas l'objet d'un recensement exhaustif dans les CPAM visitées, hormis à Paris où la CPAM a créé une base recensant les rejets de demande d'AME (la base RAME), afin d'éviter qu'une personne s'étant vue refuser l'AME dans un guichet se présente à un autre avec des papiers et déclarations de ressources différents. Cette base permet de recenser les motifs de refus présentés dans le tableau suivant.

Motifs de rejet de demande d'AME à Paris en 2005

Motif	Nombre	Part du total
Absence de justificatif de domicile ou d'élection de domicile auprès d'un organisme agréé	15	1,02 %
Absence d'éléments justificatifs d'identité	35	2,38 %
Absence d'éléments justificatifs de ressources et non présentation d'une déclaration sur l'honneur	24	1,63 %
Ressources du foyer supérieures au plafond d'admission	361	24,56 %
Soins dispensés plus d'un mois avant la date de dépôt de la demande de l'Aide Médicale de l'État	104	7,07 %
Conditions de résidence non remplies : séjour en France depuis moins de trois mois	492	33,47 %
Conditions de résidence non remplies : séjour temporaire en France	278	18,91 %
Séjour en France depuis moins de trois mois à la date du dépôt du dossier	115	7,82 %
<i>Sous-total conditions de résidence</i>	<i>885</i>	<i>60,20 %</i>
Divergence portant sur le montant des ressources déclarées précédemment pour une même période	8	0,54 %
Divergence de signature entre la pièce d'identité et la demande d'AME	9	0,61 %

³ Marseille : sur la période de juillet 2006 à octobre 2006 (les refus n'étaient pas comptabilisés avant cette période).

⁴ Bobigny : donnée calculée pour la période allant du 1^{er} janvier au 11 novembre 2006.

Motif	Nombre	Part du total
La régularité du séjour sur le territoire français est justifiée	6	0,41 %
Absence de justificatif permettant d'établir la durée de résidence sur le territoire français	23	1,56 %
Total	1 470	100,00 %

Source : CPAM Paris (exploitation de la base RAME)

Ainsi, 60 % des refus tiennent aux conditions de résidence stable depuis plus de trois mois non remplies. Les contrôles exercés à l'ouverture des droits permettent en conséquence de ne pas attribuer l'AME à des personnes qui ne résideraient pas de manière stable sur le territoire français. Elle peut avoir des conséquences importantes dans le cas de la Guadeloupe où la Direction de la santé et du développement social (DSDS) signale qu'une majorité d'immigrants n'a aucun papier permettant d'attester de la date d'entrée sur le territoire.

Les contrôles d'identité permettent par ailleurs de vérifier que la personne n'est pas régulière sur le territoire français, la régularité sans stabilité de résidence impliquant que le demandeur doit payer intégralement les frais engagés en France pour se faire soigner (cf. *infra* § II, A, 1).

Les critères d'éligibilité vérifiés rigoureusement par les CPAM peuvent **apparaître dissuasifs pour des personnes souhaitant venir en France exclusivement pour bénéficier de soins gratuits**. Elle n'exclut cependant pas les fraudes à l'identité (c'est-à-dire la falsification de documents d'identité), qui peuvent également toucher les procédures d'affiliation à la sécurité sociale. Les contrôles mis en œuvre dans le cadre de la maîtrise du risque visent à limiter ce type de fraude (cf. *infra*).

Au total, l'ajout de nouvelles conditions d'éligibilité à l'AME ne diminuerait pas les risques de fraude déjà existants mais emporterait le risque d'exclure de l'accès aux soins des personnes résident sur le territoire français et nécessitant véritablement des soins.

2. Des marges d'amélioration demeurent dans la gestion exercée par les CPAM

a) La procédure d'immatriculation est variable selon les caisses

L'attribution de l'AME donne lieu à immatriculation des bénéficiaires sur le modèle de l'immatriculation des assurés sociaux : ils se voient attribuer un numéro à 13 chiffres dont l'architecture ressemble à celle du numéro NIR attribué par l'INSEE ou par le Service administratif national d'immatriculation des assurés nés hors métropole et dans les territoires d'Outre-Mer (SANDIA - par délégation de l'INSEE). **Ces numéros d'immatriculation, identiques dans leur architecture (13 chiffres), ne sont pas élaborés selon une méthode uniformisée au plan national.**

Les CPAM de Marseille et de Paris procèdent à l'attribution d'un numéro national provisoire comme dans le cas d'une première immatriculation d'une personne régulière sur le territoire français. Celui-ci sera cependant, dans le cas des bénéficiaires de l'AME, un numéro définitif : il commence par un 7 ou un 8 indiquant le sexe du bénéficiaire, suivi d'un 0, du numéro d'identification de la caisse (131 pour Marseille par exemple), du numéro de l'année (6 pour 2006) et d'un numéro d'ordre (remis à zéro au début de chaque année) de 7 chiffres, ce numéro d'immatriculation est assorti d'une clef.

La mission a cependant eu connaissance de modalités différentes de constitution de ces numéros dans d'autres caisses, comme à Bobigny : dans cette caisse, le numéro commence aussi par un 7 ou un 8 indiquant le sexe du bénéficiaire, mais il se poursuit par le numéro 301, le 93 (indicatif du département), le numéro de l'année en cours (7 pour 2007) et enfin un numéro d'ordre ; il est également assorti d'une clef.

Certains bénéficiaires de l'AME se voient attribuer un NIR. Pour les CPAM de Rouen et Lille, c'est un numéro NIR qui est attribué par le SANDIA, quand cela s'avère possible (une pièce justificative prouvant la filiation doit être fournie à l'appui de la demande). Enfin, dans les caisses primaires d'assurance maladie visitées par la mission, un assuré social basculant dans l'irrégularité et, en conséquence, à l'AME, garde le numéro NIR qui lui avait été attribué.

Ces différences dans les modalités d'immatriculation rendent difficile la gestion et le suivi des bénéficiaires, notamment dans le cas d'une mobilité entre caisses ou d'une inscription dans plusieurs caisses.

La spécificité du numéro attribué n'empêche par l'inscription des bénéficiaires dans la base de données opérantes (BDO) de l'assurance maladie. Celle-ci contient la durée d'ouverture des droits et la mise à jour des données est similaire à celle effectuée pour les assurés sociaux : les bénéficiaires de l'AME inscrits dans la BDO sont effacés dans le cas d'absence de prestations pendant 27 mois.

b) Des contrôles demeurent nécessaires au moment du renouvellement des droits

Les contrôles en matière de renouvellement pourraient être améliorés. L'AME est valable pour un an renouvelable. Les CPAM peuvent traiter la demande de renouvellement dans l'intervalle d'un mois après l'expiration des droits à l'AME pour l'année qui précède. À l'issue de ce mois, les demandes de renouvellement sont traitées comme des nouvelles demandes.

En cas de renouvellement, les décrets ne prévoient pas que les services des CPAM vérifient à nouveau l'ensemble des pièces justificatives demandées lors de l'ouverture des droits. La circulaire précise qu'il n'y a pas lieu de demander à nouveau au bénéficiaire de justifier de son identité et **la demande de renouvellement vaut présomption de résidence interrompue sur le territoire français**. Seul le niveau de ressources est à nouveau vérifié, avec les difficultés évoquées *supra*.

Les personnels d'accueil peuvent repérer, à l'occasion des renouvellements, les allers-retours vers la France opérés dans le seul objectif d'accéder aux soins grâce à l'attestation AME. C'est en effet au moment du renouvellement des droits que l'absence de résidence continue, critère d'attribution à l'AME, peut être à nouveau vérifiée notamment par la vérification du passeport. Les interlocuteurs de la mission n'ont cependant pas signalé que cette pratique était très répandue.

Cependant, un contrôle systématique de la condition de résidence ininterrompue au moment du renouvellement permettrait de lever les éventuelles suspicions de fraude ou d'abus.

c) La mutualisation et l'uniformisation des pratiques en cours mériteraient d'être poursuivies

Les pratiques des CPAM sont conformes à la réglementation en vigueur. Cependant, il ressort des visites de la mission que certaines pratiques des CPAM pourraient être harmonisées pour mieux sécuriser le dispositif, notamment dans les départements ou régions rassemblant un grand nombre de bénéficiaires :

- **l'attribution de duplicata** est plus ou moins contrôlée selon les CPAM. Or la circulation de duplicata permet la facturation aux CPAM sans que, à moins d'une consommation anormale de médicaments ou prestation, la fraude soit repérée dans le cadre des contrôles a posteriori de type « méga-consommant » (cf. *infra*) ;
- **l'attestation n'est sécurisée**, c'est-à-dire délivrée sur papier non-photocopiable, qu'à Paris (parmi les caisses visitées par la mission) alors que la circulation de plusieurs attestations photocopiees permet le partage de celle-ci avec des personnes non éligibles, et accentue les risques de fraude ;
- **l'évaluation des ressources** peut être plus ou moins élaborée sans que le raffinement des calculs ne permette véritablement d'exclure de l'AME des personnes dépassant largement le plafond de ressources ;
- **les modalités de recensement des refus d'AME** ne sont pas harmonisées sur le territoire alors qu'une meilleure connaissance des motifs de refus permettrait de vérifier l'effectivité des contrôles à l'ouverture des droits et la pertinence de ces derniers ;
- **l'hétérogénéité des modalités d'immatriculation** selon les CPAM nuit au suivi des bénéficiaires de l'AME ;

Des initiatives du gestionnaire, locales ou nationales, répondent en partie à ce besoin d'harmonisation des pratiques :

- la CPAM de Lille⁵ a signalé l'existence de réunions d'harmonisation des pratiques relatives à l'AME entre les trois principales caisses du département du Nord en termes de nombre de bénéficiaires d'AME (les CPAM de Lille, de Tourcoing et de Roubaix) ;
- à l'occasion de l'élaboration de l'arrêté statistique prévu par le décret du 28 juillet 2005, la CNAMTS a créé, en avril 2006, un groupe de travail interne réunissant mensuellement la CNAMTS et les CPAM de la région parisienne : Paris, Bobigny, Nanterre, Créteil et Versailles.

Le groupe de travail national devrait aboutir à des propositions d'amélioration de la gestion du dispositif. Certaines pistes ont déjà été identifiées. Ainsi, l'immatriculation pourrait être harmonisée pour les caisses de la région parisienne : il s'agirait d'assurer que les caisses de la région parisienne vérifient systématiquement l'existence d'une immatriculation NIR et éventuellement le rattachement de la personne à une autre CPAM ; en l'absence de numéro NIR, elles attribueraient un numéro national provisoire comme c'est déjà le cas à Paris.

⁵ La CPAM de Lille n'a pas été visitée par la mission qui a cependant eu quelques échanges téléphoniques avec les services (cf. annexe II).

Dans l'objectif de sécurisation de la procédure d'attribution de l'AME, l'élaboration d'un « *plan de maîtrise socle* » relatif à l'AME est envisagé courant 2007. Les plans de maîtrise socle indiquent les principaux risques identifiés d'une procédure, les moyens de maîtriser ces risques, les contrôles minimaux auxquels les caisses doivent procéder et fixent des objectifs chiffrés ; les plans de maîtrise socle sont expérimentés avant généralisation. Pour l'AME, la mise en œuvre dans les meilleurs délais d'un plan de contrôle national renforcerait l'encadrement de la procédure.

À Paris, des contrôles qualité réalisés périodiquement sur un échantillon de dossiers AME permettent d'identifier certaines des difficultés rencontrées par les CPAM dans l'instruction des demandes et les risques de fraude. Ces contrôles, réalisés par une équipe incluant des personnels d'accueil, permettent d'uniformiser les pratiques d'instruction entre les lieux d'accueil.

B. Les contrôles sur les prestations délivrées aux bénéficiaires de l'AME sont les mêmes que pour les assurés sociaux

1. Les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires apparaissent limitées

Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent avoir accès à des prestations en espèces⁶, l'AME consistant en une prestation en nature permettant l'accès aux soins.

La mission a pu constater des cas, rares, de remboursement en espèces directement aux bénéficiaires au lieu du remboursement au praticien comme cela doit être fait en vertu de l'application du principe de la dispense d'avance de frais (cf. rapport de synthèse § I, A, 1). Il arrive en effet que le médecin ou le pharmacien refuse de prendre en compte l'attestation et demande le paiement de la consultation ou des médicaments. La CPAM de Paris, consciente des risques de fraude (de la part du praticien ou du bénéficiaire), procède alors à de nombreuses vérifications, rappelle notamment systématiquement le praticien concerné et procède à ces remboursements en espèce de manière très limitée.

En dehors des cas de fausses déclarations et de falsification des papiers permettant l'accès à l'AME, **les cas principaux de fraude potentielle identifiés par la mission consisteraient au partage ou à la falsification d'une attestation, et au trafic de médicament⁷**.

Le trafic de médicaments apparaît impossible dans le cas de délivrance de médicaments à l'hôpital étant donné les diligences accomplies par les pharmaciens des hôpitaux pour vérifier que les médicaments délivrés correspondent à un besoin du patient et à une prescription. En revanche, un bénéficiaire peut présenter l'attestation dans plusieurs officines mais cela implique de falsifier l'ordonnance. En tout état de cause, une telle démarche peut être limitée par la réticence des pharmaciens à l'égard de ces attestations considérées comme peu sécurisées et peu fiables. Les contrôles mis en œuvre *a posteriori* par les CPAM dans le cadre de leurs plans de contrôle visent à repérer ce type de fraude (cf. *infra*).

⁶ Les indemnités journalières notamment.

⁷ Les données recueillies à Marseille et à Paris par la mission, après retraitement des dossiers, indiquent que les fraudes repérées concernaient bien, d'une part, des fraudes visant à permettre l'éligibilité à l'AME et repérées par les personnels décidant de l'attribution de la prestation, et, d'autre part, des fraudes relatives au trafic de médicament.

Le partage ou la falsification de l'attestation peut viser à faire accéder à l'AME des personnes éligibles à l'AME mais hésitantes à engager la procédure d'ouverture des droits ou des personnes qui n'y sont pas éligibles : ressources supérieures au plafond, condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France non remplie, personne venue pour un court séjour régulier en France qui souhaiterait bénéficier de la prise en charge de ses soins par l'État.

La pratique du partage de l'attestation, difficilement quantifiable, peut être repérée au moment des soins par les hôpitaux quand les données médicales du patient ne correspondent pas aux données dont dispose déjà l'hôpital suite à une consultation antérieure. En cas de falsification de l'attestation (sur laquelle figure le numéro d'immatriculation du bénéficiaire), les contrôles effectués sur les factures entraînent le non remboursement par les CPAM des frais engagés par les praticiens et établissements de santé.

2. Les factures transmises font l'objet d'un contrôle systématique d'ouverture des droits à l'AME

Les CPAM vérifient l'ouverture des droits pour toutes les factures transmises pour remboursement au titre de l'AME : elles vérifient la présence du bénéficiaire dans la BDO. Cette dernière comprend notamment des indications sur le nom, la date de naissance, les dates d'ouverture et d'expiration des droits. La facture est rejetée si un des éléments ne correspond pas aux données inscrites dans la BDO.

Les médecins libéraux rencontrés signalent des difficultés de remboursement (non remboursement par la CPAM, remboursements très tardifs) **sans pour autant pouvoir les quantifier**. Les feuilles de soin AME sur papier sont traitées dans le flux de l'ensemble des feuilles de soin sur papier reçues par les CPAM.

La CNAMTS a, à la demande de la mission, lancé une enquête sur les délais de remboursement et les rejets de factures pour l'AME⁸. Les premiers résultats montrent que les délais de remboursement des médecins sont de moins de 7 jours dans 90 % des cas pour l'AME alors qu'ils sont de moins de 14 jours dans 90 % des cas pour l'ensemble des tiers-payants. **Les remboursements ne sont donc pas plus tardifs dans le cas de soins dispensés à des bénéficiaires de l'AME.**

En revanche, le taux de rejet brut de feuilles de soins AME est de 12,4 % contre 8,7 % pour les feuilles de soin sur papier de l'ensemble des assurés. Ce taux ne signifie pas que l'ensemble des feuilles de soin est retourné vers les médecins, dans la mesure où une partie des rejets fait l'objet d'un retraitement par les CPAM. Le taux de retour vers les médecins peut être estimé à 5 ou 6 % du flux.

Les taux de rejets semblent être du même ordre de grandeur pour les hôpitaux qui télé-transmettent leurs factures: à l'hôpital Lariboisière, ce taux s'élève ainsi à 5,4 % pour les frais de séjour et 4,9 % pour les traitements externes contre 8,5 % et 6,6 % pour l'ensemble de l'AP-HP.

⁸ Etude sur les CPAM de Nice, Marseille, Paris, Melun, Evry, Nanterre, Créteil et Versailles représentant 105 195 bénéficiaires au 31 décembre 2005 soit 59 % du nombre de bénéficiaires AME France entière (64 % du seul territoire métropolitain) et 80 % des affiliés à la CMU au 31 décembre 2006.

Les facteurs de rejets peuvent être très variés. Certains rejets sont dus à la difficulté à orthographier le nom ou à la non concordance de dates de naissance (certes relativement proches mais non identiques). Par ailleurs, des demandeurs en rupture de droit (non renouvellement des attestations) peuvent voir leur attestation acceptée par les praticiens qui risquent alors de ne pas être remboursés. Enfin, certaines anomalies techniques en cas de télétransmission par les hôpitaux et les médecins ont pu accroître les rejets : la CPAM de Marseille a ainsi déconseillé aux médecins de ville de procéder par le biais de la télétransmission dite « en mode dégradé », c'est-à-dire la télétransmission des données du patient saisies directement par le médecin sur son terminal en l'absence de carte Vitale.

Dans le cas où la facture est effectivement renvoyée vers les professionnels de santé (hôpital, médecin de ville, officine pharmaceutique), il appartient à ces derniers de préciser les éléments d'identification du bénéficiaire afin d'être remboursés. Une copie des attestations AME est conservée par les hôpitaux afin de corriger les potentielles erreurs commises lors de la facturation. Les médecins libéraux peuvent rencontrer d'importantes difficultés à compléter les éléments d'identification d'un patient qu'ils ne sont pas forcément appelés à revoir.

Au final, **les contrôles d'ouverture des droits au moment de la transmission des factures permettent aux CPAM de ne pas rembourser des soins obtenus par falsification des attestations.** La falsification des attestations entraîne donc des créances irrécouvrables pour les hôpitaux, les médecins et pharmaciens mais ne pèse pas sur la dépense facturée par la CNAMTS à l'État.

3. Les prestations AME sont contrôlées par les CPAM au même titre que l'ensemble des prestations dans le cadre des plans de contrôles

L'AME est contrôlée dans le cadre du plan national annuel de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude. La détection des fraudes intervient par les requêtes informatiques ou des plaintes et signalements. Les contrôles qui en résultent peuvent concerner les assurés ou les bénéficiaires de l'AME ainsi que les professionnels de santé (établissements de soins et médico-sociaux, transporteurs, etc.).

L'AME n'est pas exclue des requêtes informatiques portant sur les bases informationnelles comme le système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM). **Les comportements anormaux** de praticiens, d'établissements ou de bénéficiaires **en matière d'AME peuvent donc être repérés, contrôlés** et donner lieu à des poursuites contentieuses⁹. Notamment, le plan de contrôle 2006 inclut **un contrôle des « méga-consomphants »**, c'est-à-dire, un contrôle des consommations excessives de médicaments, produits ou prestations par certains assurés ou bénéficiaires. Dans le cas où une consommation atypique révélerait, après vérification, une activité frauduleuse, les CPAM engageraient les poursuites nécessaires. Le trafic de médicaments, le nomadisme médical et pharmaceutique notamment peuvent donc être repérés dans le cadre de ces requêtes.

⁹ Circulaire de la CNAMTS n° 30/2006 du 20 juin 2006 sur le rappel des notions de fraudes, fautes, abus, activités dangereuses, répression et prévention des fraudes : les requêtes informatiques « *cherchent à repérer des comportements ou des activités suspects de fraudes avec une forte probabilité en comparaison avec des comportements ou des activités de la population générale des acteurs analysés* ».

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas traités « à part » dans le cadre des requêtes informatiques prévues et les poursuites potentielles qui s'ensuivent. Il n'y a jusqu'à présent pas eu d'évaluation du nombre de comportements frauduleux de bénéficiaires de l'AME repérés et du préjudice qui serait exclusivement dû à l'AME ; ces deux données n'étant pas corrélées : une seule fraude pouvant être à l'origine d'un préjudice d'un montant important. La fraude à l'AME fera l'objet de développements dans la synthèse annuelle relative à la fraude que doit remettre la CNAMTS au ministre de la santé et des solidarités en application de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005¹⁰ et de l'arrêté du 16 juin 2006 qui en fixe le contenu et le calendrier. **Cette évaluation permettra de rapporter le montant du préjudice évalué de la fraude à l'AME au montant total de la fraude à l'assurance maladie obligatoire.**

En revanche, **le contrôle médical¹¹ n'est pas mis en œuvre pour les bénéficiaires de l'AME** bien qu'il soit prévu dans le cadre des soins urgents par une circulaire. Sa mise en œuvre aurait une portée moindre que pour les assurés sociaux dans la mesure où les bénéficiaires de l'AME ne reçoivent que des prestations en nature. Cependant, le principe d'un contrôle ne devrait pas être écarté, notamment pour les dépenses importantes (dans le cadre des contrôles des « gros consommateurs ») aussi bien au titre de l'AME que des soins urgents.

II. LES HOPITAUX ASSURENT LEUR ROLE EN MATIERE D'ACCES AU DROIT ET D'ACCES AUX SOINS DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

A. Les hôpitaux ne peuvent faire supporter par l'AME les dépenses d'étrangers qui n'y sont pas éligibles

1. Les étrangers non éligibles à l'AME sont soit assurés sociaux soit font l'objet de l'émission d'un titre individuel

L'AME permet la prise en charge des dépenses des hôpitaux pour les seules personnes irrégulières sur le territoire français remplissant notamment une condition de résidence stable ; les étrangers irréguliers ne remplissant pas les conditions d'éligibilité à l'AME sont soignés dans le cadre des soins urgents (cf. annexe VII).

Dans le cas des étrangers réguliers sur le territoire français, les règles appliquées par les hôpitaux français en matière de facturation et de recouvrement dépendent de la durée de résidence en France : ceux qui y résident de façon stable et régulière et répondent aux conditions d'affiliation à un régime de sécurité sociale obligatoire ou à la CMU ne font pas l'objet de règles d'admission et de recouvrement spécifiques par rapport aux assurés français.

Parmi les étrangers réguliers ne résidant pas de manière stable en France et ne bénéficiant pas d'une couverture sociale française, les débiteurs originaires de l'Union européenne et bénéficiant d'une couverture dans leur pays d'origine peuvent être pris en charge en urgence ou dans le cadre d'une hospitalisation programmée dans les mêmes conditions que les assurés sociaux¹².

¹⁰ Article L. 114-9 du Code de la sécurité sociale.

¹¹ Article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale.

¹² Ils doivent être munis d'un formulaire E 111 ou de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et la présenter lors de leur admission. À défaut, ils entrent dans le droit commun des étrangers non résidents et paient la totalité des frais engagés.

Pour les autres étrangers réguliers au regard des règles du droit au séjour mais non résidents, le principe est le règlement intégral des frais par le patient. Les conditions de prise en charge varient selon qu'il est en hospitalisation programmée ou dans le cadre d'une prise en charge d'urgence :

- dans le cas des hospitalisations d'urgence, la loi¹³ impose à tout étranger entrant régulièrement sur le territoire d'être couvert par une assurance privée prenant en charge les dépenses médicales et hospitalières¹⁴. Il appartient aux services consulaires, dans les cas où un visa est nécessaire pour entrer en France, de vérifier l'existence et la fiabilité de cette assurance. Le recouvrement à l'égard des assurances étrangères peut s'avérer difficile, soit parce qu'elles sont d'une fiabilité relative, soit parce que certaines clauses excluent la prise en charge des pathologies et soins concernés (pathologies préexistant à la venue en France, accouchements, par exemple).
- dans le cas d'une hospitalisation programmée, les étrangers en situation régulière doivent régler la totalité des frais de séjour et verser, avant leur admission, une provision devant couvrir tout ou partie des frais. Ainsi, le patient doit être adressé par un médecin du pays d'origine et verser la somme figurant sur le devis établi par l'hôpital. Des difficultés de recouvrement peuvent intervenir si le patient s'avère dans un état de santé plus grave que prévu, imposant une hospitalisation prolongée dont les frais ne sont pas couverts par la provision déposée par le patient.

Les hôpitaux peuvent donc rencontrer des difficultés de recouvrement variables à l'égard des patients étrangers dans le cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée. **En aucun cas, ils ne peuvent procéder à la facturation des dépenses engagées pour ces personnes ni au titre de l'AME, ni au titre des soins urgents, étant donné les règles d'ouverture des droits en vigueur.**

2. Les hôpitaux aident à la constitution des dossiers mais les CPAM ont le monopole de l'ouverture des droits

L'obligation de soin inscrite au Code de la santé publique amène les hôpitaux à admettre certains patients sans avoir étudié au préalable leurs modalités de couverture sociale. La circulaire du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État précise ainsi que dans le cas où des soins immédiats sont nécessaires, l'hôpital est tenu à la prise en charge « *même en cas de difficulté à déterminer la couverture sociale du patient, obtenir une provision pour soin, ou constituer un dossier de demande d'ouverture des droits à l'AME* ». Dans le cas contraire, une programmation des soins à une date ultérieure permet de vérifier les modalités de prise en charge financière. Il appartient à donc à l'hôpital d'arbitrer entre une prise en charge immédiate ou différée.

¹³ Article L. 211-1 alinéa 2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers en France ; disposition introduite par la loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité.

¹⁴ Les conventions signées avec Andorre, Monaco, le Gabon et le protocole franco-algérien permettent de coordonner la prise en charge des soins de santé lorsque l'assuré se déplace pour un court séjour en France. Cette prise en charge se limite aux soins urgents.

Dans le cas d'un patient admis sans présentation préalable d'une attestation, les procédures rendent impossible l'ouverture de droits à l'AME par les seuls hôpitaux puisque **les CPAM ont le monopole de l'instruction et de la délivrance des attestations**. Il en résulte, dans la procédure d'ouverture des droits, une répartition des rôles entre les services de l'hôpital (bureaux des admissions, service social, permanences d'accès aux soins de santé - PASS¹⁵) d'une part, et les CPAM, d'autre part.

Dans l'ensemble des hôpitaux visités par la mission, la répartition des rôles est relativement homogène :

- dans le cas où le bureau des admissions repère un patient sans couverture sociale pouvant relever de l'AME, le service social de l'hôpital et/ou la PASS si elle existe, procèdent à la constitution du dossier de demande d'ouverture des droits. Le travail de recherche peut s'avérer difficile, notamment en cas de barrière de la langue¹⁶.
- une fois le dossier constitué, celui-ci est présenté à la CPAM qui procède à son instruction, et, si les critères d'admission sont remplis, à l'ouverture des droits qui se traduit par l'attribution d'un numéro d'immatriculation par inscription dans la base de données opérantes (BDO) et la délivrance de l'attestation.

Les modalités d'organisation sont variables selon les hôpitaux et les CPAM :

Elles varient en fonction de l'existence ou non d'une PASS et d'une permanence de la CPAM dans l'hôpital. À Paris, la CPAM exige de rencontrer le demandeur d'AME en personne et tient des permanences dans les hôpitaux. C'est seulement si le demandeur ne peut se déplacer que le dossier de demande est déposé par l'assistante sociale de l'hôpital. Dans les autres départements visités par la mission, les services sociaux des hôpitaux envoient les dossiers constitués à la CPAM et peuvent échanger avec celle-ci en cas de difficultés.

En définitive, les procédures d'ouverture des droits et de facturation des soins des étrangers irréguliers sur le territoire garantissent que **les hôpitaux ne peuvent « inscrire à l'AME » des patients étrangers** pour lesquels ils prévoiraient ou constateraient des difficultés de recouvrement.

¹⁵ Créées par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, elles n'existent pas dans tous les hôpitaux. Elles ont une organisation spécifique dans chacun des établissements que la mission a visités.

¹⁶ La mission a eu connaissance de la constitution de glossaires en plusieurs langues étrangères établis par les médecins des urgences pour leur questionnaire médical mais également pour le questionnaire social, ainsi que la constitution de groupes de bénévoles maîtrisant des langues étrangères susceptibles d'être parlées par des étrangers.

Cette répartition des rôles se traduit par l'existence de créances irrécouvrables dues à la prise en charge d'étrangers qui ne rempliraient pas les conditions d'éligibilité à l'AME ou aux soins urgents. Ainsi l'AP-HP a, en 2006, admis en non-valeur 7 261 titres émis sur des personnes étrangères pour un montant de 10,3 M € soit 3,38 % des titres et 23,69 % des montants admis en non-valeur. Cette sur-représentation en montant est dû au fait que, pour les étrangers, la créance porte fréquemment sur la totalité des soins, alors que, pour les nationaux, il s'agit plutôt du seul ticket modérateur. Il peut arriver que les services n'aient pu procéder à l'identification du patient (état civil, nationalité française ou étrangère, situation en termes de droit au séjour, régulier ou irrégulier, adresse, *etc.*) avant sa sortie de l'hôpital, l'hôpital n'émet alors aucun titre. À l'hôpital Avicenne à Bobigny par exemple, 64 dossiers de patients précaires représentant un montant total de 372 000 € en 2004 et 94 dossiers représentant 587 000 € en 2005 n'ont pas donné lieu à l'émission d'un titre. Sur l'ensemble des hôpitaux marseillais sous tutelle de l'AP-HM, les dossiers d'hospitalisation dits « SDF » représentent 515 dossiers entre 2003 à 2006, pour un montant total de plus de 595 000 € ; en 2005, pour l'hôpital de La Conception, 28 dossiers de patients précaires hospitalisés représentaient plus de 26 900 €.

B. Le circuit de facturation de l'AME ne permet pas de double compte à l'hôpital

1. Les règles comptables garantissaient l'absence de double facturation dans le cadre de la dotation globale

Sous le régime de la dotation globale qui prévalait avant la mise en œuvre de la tarification à l'activité à partir de 2004, une double facturation des dépenses de soins des bénéficiaires de l'AME, par la procédure spécifique d'une part, et parallèlement par le biais de la dotation globale d'autre part, apparaîtrait impossible.

La dotation globale correspondait à la différence entre la totalité des charges d'exploitation inscrites au budget général et la totalité des recettes hors régimes d'assurance maladie obligatoire. Les recettes liées à l'activité hospitalière, aux consultations et actes externes des établissements de santé sous dotation globale étaient divisées en 2 groupes :

- recettes dites du « groupe 1 » qui recouvraient l'ensemble des dépenses financées par l'assurance maladie ;
- recettes dites du « groupe 2 » qui recouvrent l'ensemble des dépenses non financées par l'assurance maladie.

Ces recettes du groupe 2 recouvraient la part des dépenses restant à la charge des assurés sociaux (ticket modérateur, forfait hospitalier), les dépenses payées par les non assurés sociaux et les dépenses payées par l'État au titre de l'AME. Elles donnaient donc lieu à l'émission de titres de recettes à l'égard des mutuelles, des individus ou, pour l'AME, de l'assurance maladie.

Il revient au comptable public de l'hôpital d'assurer la bonne imputation des sommes perçues entre ces deux groupes de recettes.

Dans l'hypothèse d'une prévision erronée des recettes du groupe 2, un mécanisme de compensation intervenait l'exercice suivant par ajustement à la hausse ou à la baisse de la dotation globale de financement afin de préserver l'équilibre des recettes. Le mécanisme de compensation consistait à prendre en charge par la dotation globale la différence entre les titres de recettes émis et les prévisions de recettes faites en début d'année. Il ne permettait pas la prise en charge par la dotation globale de l'année suivante des dépenses de soin des bénéficiaires de l'AME de l'année précédente. En effet, les dépenses AME donnant lieu à émission de titres à l'égard de l'assurance maladie, elles ne pouvaient donner lieu à compensation, ni être considérées comme des créances irrécouvrables.

2. Les procédures mises en œuvre dans le cadre de la tarification à l'activité garantissent l'absence de double facturation

a) Le passage à la T2A a entraîné la création d'un circuit de facturation spécifique

La facturation des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la tarification à l'activité¹⁷ n'est ni directe, ni individualisée, ni au fil de l'eau. En effet, depuis le lancement de la tarification à l'activité en 2004, les établissements transmettent trimestriellement les données médicales issues du PMSI aux ARH qui procèdent à la valorisation globale de l'activité et arrêtent le montant global des dépenses facturées aux CPAM. À compter du 30 avril 2007¹⁸, cette transmission sera mensuelle.

L'objectif est de passer, à terme, à une facturation directe, au fil de l'eau de l'activité aux caisses d'assurance maladie, sans passage intermédiaire par les ARH. La circulaire du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion (cf. *infra*) fixe l'échéance de la facturation directe à l'assurance maladie des actes et consultations externes au 1^{er} janvier 2008 et des séjours au 1^{er} janvier 2009.

À l'inverse, la facturation des soins pris en charge au titre de l'AME est, déjà, directe, individualisée et au fil de l'eau¹⁹. Les hôpitaux visités²⁰ par la mission procèdent à la télétransmission de la majorité des factures à la CPAM de leur lieu d'implantation (dite caisse pivot). La télétransmission, mise en place progressivement depuis 2003²¹, n'est cependant pas encore totalement généralisée. Certains établissements continuent à adresser des factures sur papier et même pour les établissements procédant à la télétransmission, des facturations sur papier subsistent : elles concernent notamment les factures envoyées par l'hôpital aux autres caisses que la caisse pivot, et certaines factures spécifiques comme celles concernant les IVG.

¹⁷ Appliquée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

¹⁸ Comme prévu par la loi de financement de la sécurité sociale 2007.

¹⁹ la facturation directe à l'assurance maladie concerne aussi notamment la rétrocession de médicaments et la CMU complémentaire.

²⁰ La CPAM de Paris a cependant signalé que le flot de factures sur papier transmises par les établissements publics de santé était encore important soit plus de 16 000 factures en 2005 et, d'après une projection réalisée en octobre 2006, près de 19 000 factures pour 2006.

²¹ circulaire DHOS/E3 n° 2005 – 578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission vers les caisses d'assurance maladie et l'adaptation des systèmes d'information des établissements de santé.

b) Le taux de conversion a permis d'éviter les phénomènes de double facturation

Depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité, les dispositions transitoires prises dans l'attente de l'adaptation des applications informatiques des hôpitaux ont permis d'éviter une double facturation des séjours :

- les données transmises trimestriellement aux ARH ne contiennent pas d'indication sur le taux de couverture assuré par l'assurance maladie (très schématiquement 80 %, 100 % ou, notamment pour les patients AME, 0 %) pour chaque patient si bien que les ARH ne pouvaient tarifer les séjours et les facturer à l'assurance maladie en fonction du taux de prise en charge.
- un taux de conversion correspondant au taux moyen de prise en charge de l'assurance maladie a été calculé par la DHOS pour chaque établissement et appliqué trimestriellement à l'ensemble des données d'activité transmises trimestriellement aux ARH²².

Il n'y a donc pas de double facturation de l'AME à la CNAMTS dans la mesure où les modalités de calcul de ce « taux de conversion » prennent en compte les recettes de l'établissement dues aux prestations accordées aux patients AME, enregistrées parmi les recettes dites de groupe 2.

Le taux de conversion s'applique aux activités d'urgence comme au reste de l'activité de l'hôpital. **Seul le forfait annuel d'urgence n'est pas concerné.** Calculé à partir du nombre de passages aux urgences, il vise à assurer le paiement des charges fixes des services d'urgence des hôpitaux que contribuent à accroître aussi bien les assurés sociaux que les non assurés sociaux.

La suppression du taux de conversion pour 2007²³ (organisée au cours de l'année 2006, mise en œuvre pour seulement quelques hôpitaux au 3^{ème} trimestre 2006) n'entraînera pas de double facturation. En effet, les établissements hospitaliers doivent apparier les données médico-économiques issues du PMSI avec les données administratives issues du système de facturation des établissements : ils devront indiquer, pour chaque acte et consultation externe et chaque séjour, le taux de prise en charge réel du patient par l'assurance maladie obligatoire.

Les patients AME ne feront donc pas l'objet d'une facturation à l'assurance maladie au titre de la tarification à l'activité appliquée par les ARH car le taux de prise en charge réel indiqué lors de la transmission des données médico-économiques du PMSI sera de 0 %. **Les séjours AME continueront donc à être facturés directement aux CPAM et calculés sur la base des TJP.**

²² A titre d'exemple, le calcul du taux de conversion pour 2006 a pris pour base des retraitements comptables de 2005 et, schématiquement, correspond à 1 – le rapport entre les recettes du groupe 2 et les charges nettes MCO.

²³ Préparation de la suppression du taux de conversion :

- circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006 – 269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements ;
- circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006 – 454 du 17 octobre 2006 relative aux modalités de suppression du taux de conversion en 2006 et 2007 ;
- circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006 – 532 du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion lors de la transmission des données d'activité du 4^{ème} trimestre 2006 et à la modification des modalités de transmission des données d'activité 2007.

3. Les séjours AME sont facturés au tarif journalier de prestation

Les séjours des bénéficiaires de l'AME sont, à l'instar de la part restant à charge des autres patients de l'hôpital, **calculés sur la base du tarif journalier de prestation (TJP)**²⁴. Il a pu être envisagé de revenir sur cette modalité de tarification pour les dépenses de soins des bénéficiaires de l'AME afin de réduire le montant de la dépense.

Les TJP, arrêtés par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation²⁵, sont variables pour chaque spécialité dans chaque établissement ; leur méthode de calcul est relativement hétérogène. Les CPAM vérifient l'exactitude des tarifs appliqués par les établissements lors de la transmission des factures AME.

La réforme engagée de la tarification à l'activité devrait amener, à terme, à calculer la part restant à la charge du patient sur la base du Groupe Homogène de Séjours (GHS) et non plus sur la base du TJP. Ce calcul impliquerait cependant un profond remaniement des logiciels de facturation des hôpitaux afin de rapprocher le PMSI, les données administratives des patients et les logiciels de facturation. Le calendrier de la réforme du TJP n'est pas encore établi.

Les évaluations mises en œuvre par l'AP-HP à la demande de la mission montrent une diminution de près de 45 % des recettes des établissements en cas de tarification à l'activité des séjours AME. Ce premier résultat demeure cependant à expertiser. Par ailleurs, le rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) souligne que l'écart de coût global s'élèverait à plus de 8 Mds €²⁶ en cas de tarification à l'activité et non plus au TJP du ticket modérateur supporté par les assurés sociaux. Il est donc probable que **l'application de la nouvelle tarification, même circonscrite à l'AME, entraînerait des variations de recette importantes pour l'ensemble des établissements.**

Un passage à la tarification à l'activité des séjours des patients AME, anticipé par rapport à la tarification du ticket modérateur des assurés sociaux, **nécessiterait des modifications lourdes des applications informatiques des hôpitaux** alors qu'ils rencontrent déjà des difficultés dans la suppression du taux de conversion (cf. *supra* : la suppression du taux de conversion a pris du retard par rapport au calendrier préalablement établi qui prévoyait une suppression pour 2006).

Dans la mesure où les factures AME sont transmises directement aux CPAM, il pourrait être envisagé d'attendre le passage à la facturation directe à l'assurance maladie des séjours des assurés sociaux (i.e. 2008 et 2009 selon la circulaire du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion). Sinon, un passage immédiat à la tarification à l'activité des séjours AME impliquerait de renoncer transitoirement à la facturation directe à l'assurance maladie pour procéder à une facturation transitant par les ARH. Une telle réforme nécessiterait de tracer les séjours AME lors de la transmission aux ARH pour qu'elles puissent isoler les dépenses. **Une telle réforme aurait pour conséquence de réduire les contrôles de l'ouverture des droits à l'AME par les CPAM étant donné qu'elles ne recevraient plus qu'une facturation globale présentée par les ARH sans individualisation des factures.**

²⁴ Le TJP recouvre les charges financées par les tarifs Groupes Homogènes de Séjour et par les dotations MIGAC et forfaits annuels.

²⁵ Modifié après contradiction (rédaction initiale : Préfet).

²⁶ La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) estime, dans son rapport sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé de juillet 2006, que l'application de cette règle de calcul ferait passer l'assiette du ticket modérateur de 35 milliards d'euros à 26,5 milliards d'euros. Elle préconise par conséquent de redéfinir le dispositif de participation de l'assuré pour l'adapter à la tarification à l'activité.

ANNEXE VII

DISPOSITIFS PRIS EN CHARGE SUR L'ENVELOPPE BUDGETAIRE DE L'AME HORS AME « DE DROIT COMMUN »

SOMMAIRE DE L'ANNEXE VII

I. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS DES ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE NON BÉNÉFICIAIRES DE L'AME.....	1
A. LE DISPOSITIF DES SOINS URGENTS, QUI PERMET UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE MINIMALE DES ETRANGERS NON ÉLIGIBLES A L'AME, EST COMPLEXE A GERER.....	1
1. Une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME	1
2. Une réelle complexité de gestion liée au caractère forfaitaire de l'enveloppe.....	2
B. SI LE COUT ÉLEVÉ DU DISPOSITIF EST JUSTIFIÉ PAR LES PATHOLOGIES DONT SOUFFRENT SES BÉNÉFICIAIRES ET PAR LES SPÉCIFICITÉS DE L'OUTRE-MER, LES CONTRÔLES EXERCÉS PAR LES CPAM SONT PARFOIS INSUFFISANTS	3
1. Les patients pris en charge au titre des soins urgents souffrent de pathologies lourdes.....	3
2. Plus de 80 % de la dépense sont concentrés sur l'Île-de-France et l'outre-mer.....	3
3. Des contrôles par les CPAM d'une rigueur variable.....	4
II. L'AME DITE « HUMANITAIRE » ACCORDÉE SUR DÉCISION MINISTÉRIELLE	5
A. LES PRISES EN CHARGE EXCEPTIONNELLES DES SOINS DE FRANÇAIS EXPATRIÉS OU D'ÉTRANGERS NON RÉSIDENTS REPRÉSENTENT UNE DÉPENSE DE 3 A 4 M€ PAR AN.....	5
B. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE FRANÇAIS EXPATRIÉS POURRAIT ÊTRE ASSURÉE PAR LA CMU	5
C. LA PRISE EN CHARGE DES ÉTRANGERS NON-RÉSIDENTS PRÉSENTE UN RISQUE CONTENTIEUX LIMITÉ.....	6
III. LES PERSONNES PLACÉES EN RETENTION ADMINISTRATIVE OU GARDEES A VUE	8
A. SI L'AME COUVRE A TITRE SUBSIDIAIRE LES FRAIS SANITAIRES DES ÉTRANGERS FAISANT L'OBJET D'UNE RETENTION ADMINISTRATIVE, CETTE SITUATION APPARAÎT PEU SATISFAISANTE.....	8
1. L'AME permet de financer les soins non couverts par les crédits du programme 104 « Accueil des étrangers et intégration ».....	8
2. L'éclatement du financement des soins apportés aux étrangers en attente de reconduite ne permet pas de contrôler les dépenses, ce qui plaide en faveur d'une simplification.....	9
B. LES MÉDICAMENTS ET LES SOINS INFIRMIERS DES PERSONNES GARDEES A VUE NE POUVANT FAIRE ÉTAT D'UNE COUVERTURE SANTÉ RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE PAR L'AME	10
1. Les soins de certaines personnes placées en garde à vue peuvent être couverts par l'AME.....	10
2. L'absence de cadre réglementaire pose des difficultés pratiques auxquelles une solution doit être apportée à court terme.....	10
IV. LES DETTES ANTERIEURES A LA MISE EN PLACE DE L'AME	11
A. L'ÉTAT RESTE REDEVABLE DE DETTES LIÉES A L'ANCIENNE AIDE MÉDICALE GRATUITE POUR DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE	11
B. LE REMBOURSEMENT DE CES DETTES, QUI ONT REPRÉSENTÉ PRES DE 80 M€ DE 2000 A 2006, EST QUASIMENT ACHEVÉ.....	12

V. LES EVACUATIONS SANITAIRES DE MAYOTTE VERS LA REUNION	13
A. LES EVACUATIONS SANITAIRES DES PATIENTS NON IMMATRICULES A LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE RECEMMENT CREEE A MAYOTTE SONT PRISES EN CHARGE PAR L'AME	13
B. LE COUT CORRESPONDANT, D'UNE VINGTAINE DE MILLIONS D'EUROS PAR AN, DEVRAIT DIMINUER DANS LES ANNEES A VENIR	13

L'aide médicale d'État (AME) constitue un filet de sécurité dont l'objectif est d'assurer la prise en charge des soins des personnes ne pouvant accéder au régime général de l'assurance maladie du fait de leur présence irrégulière sur le territoire. Le prolongement de cette logique a incité le législateur et le pouvoir réglementaire à faire assumer par l'enveloppe budgétaire destinée à l'AME le financement de divers dispositifs, qu'ils soient en relation directe avec l'AME (soins urgents des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME, AME dite « humanitaire », soins des étrangers en rétention administrative, dettes liées à l'ancienne aide médicale gratuite) ou non (soins des gardés à vue, évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion).

Au total, sur les crédits inscrits en loi de finances au titre de l'AME, ce sont en moyenne plus de 40 M€ qui sont prélevés chaque année pour financer ces différents dispositifs distincts de l'AME « de droit commun » (celle qui prend en charge les soins des étrangers en situation irrégulière présents depuis plus de trois mois sur le territoire national).

I. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS DES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE NON BENEFICIAIRES DE L'AME

A. Le dispositif des soins urgents, qui permet une prise en charge médicale minimale des étrangers non éligibles à l'AME, est complexe à gérer

1. Une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME

Le dispositif des « soins urgents » a été créé par l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003¹ en contrepartie des restrictions apportées à l'accès à l'AME « de droit commun », notamment l'introduction de la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois. Il est désormais codifié à l'article 254-1 du CASF².

Il permet la **prise en charge de soins délivrés exclusivement à l'hôpital à des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME** mais résidant en France (notamment ceux présents depuis moins de trois mois ou ne pouvant réunir les pièces nécessaires à l'ouverture des droits à l'AME), dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

Cependant, pour les mineurs non éligibles à l'AME, tous les soins reçus à l'hôpital sont couverts par la procédure des soins urgents. En effet, la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative aux soins urgents prévoit une prise en charge automatique par ce dispositif des soins délivrés aux enfants dès leur arrivée en France³.

¹ Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003.

² Cet article prévoit que « les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

³ Cette circulaire prévoit que : « compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale d'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Pour autant, le Conseil d'État a annulé, dans une décision du 7 juin 2006, les deux décrets d'application de la loi de finances rectificative pour 2003 adoptés le 28 juillet 2005⁴ « *en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles* », sur la base de la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990⁵. En effet, seule une circulaire prévoyait que les critères de l'urgence médicale sont supposés systématiquement remplis pour tout soin délivré à un mineur. En outre, cette disposition ne suffit pas à garantir un accès des mineurs à la médecine de ville, ce qui peut être considéré comme non conforme aux engagements internationaux de la France.

Dans ce contexte, **la mission préconise d'ouvrir le droit à l'AME aux mineurs dès leur arrivée en France**, ce qui suppose de passer à un système d'attestations individuelles (cf. rapport de synthèse § IV, C, 1).

2. Une réelle complexité de gestion liée au caractère forfaitaire de l'enveloppe

Le financement du dispositif des soins urgents par l'État repose sur une dotation « forfaitaire »⁶, fixée à 20 M€ chaque année depuis 2004 et versée à la CNAMTS. Ce caractère forfaitaire de la dotation contribue à la complexité de gestion.

En effet, compte tenu du risque de dépassement de cette enveloppe, il a été demandé aux hôpitaux de ne pas émettre au fur et à mesure les factures correspondant aux soins délivrés dans ce cadre, ni d'inscrire comptablement ces créances dans leurs comptes, mais de stocker ces factures jusqu'à ce que la CNAMTS (en concertation avec la DHOS) donne instruction aux CPAM de collecter ces éléments.

Pour l'année 2004, première année d'existence de ce dispositif, les hôpitaux n'ont ainsi reçu la consigne de transmettre les données correspondant aux soins urgents délivrés que le 19 octobre 2005. Compte tenu du montant global des factures présentées (plus de 45 M€ pour l'ensemble des départements), il a dans un premier temps été demandé aux CPAM de ne régler que les factures des hôpitaux réclamant plus de 50 000 €, avant qu'une lettre ministérielle du 2 novembre 2006 n'autorise le paiement du reliquat des factures de cette année 2004.

Le caractère forfaitaire de l'enveloppe a donc été contourné, le paiement par la CNAMTS pour les soins urgents de l'année 2004 ayant été effectué à l'aide des dotations de 2004 et 2005 et d'une partie de celle de 2006. Au total, les paiements se sont élevés à 43,9 M€.

Pour l'année 2005, les hôpitaux ont reçu l'instruction de transmettre leurs factures de soins urgents par circulaire du 25 octobre 2006. Les premières données disponibles en janvier 2007 font état d'un montant global de dépenses présentées de 51,9 M€, dont 12,04 M€ en Guyane, 11,38 M€ en Guadeloupe, 10,37 M€ à Paris et 2,21 M€ à Bobigny. Compte tenu de la procédure utilisée pour payer les factures de 2004, la CNAMTS ne dispose que du reliquat de la dotation budgétaire de 2006 et celle de 2007 (soit autour de 35 M€) pour payer ces factures de l'année 2005. En tout état de cause, cette cavalerie budgétaire conduit à une impasse à partir de l'an prochain, puisque aucun crédit ne sera alors disponible pour payer les factures de 2006.

La mission propose de faire évoluer sensiblement les procédures relatives aux soins urgents, afin de trouver un mode de fonctionnement durable (cf. rapport de synthèse § IV, C).

⁴ Décret n° 2005-859 relatif à l'aide médicale de l'État et décret n° 2005-860 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME.

⁵ L'article 3-1 de cette convention dispose que « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, [...], l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ».

⁶ L'article L. 254-1 du CASF prévoit que : « [...] *une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* ».

B. Si le coût élevé du dispositif est justifié par les pathologies dont souffrent ses bénéficiaires et par les spécificités de l’outre-mer, les contrôles exercés par les CPAM sont parfois insuffisants

Le coût du dispositif des soins urgents peut sembler élevé (autour de 50 M€ chaque année) mais il est justifié par l’état de santé des bénéficiaires et les dépenses sont concentrées géographiquement. Pour autant, la rigueur des contrôles par les CPAM du bien-fondé des factures présentées par les hôpitaux est inégale.

1. Les patients pris en charge au titre des soins urgents souffrent de pathologies lourdes

La circulaire du 16 mars 2005 ne dresse pas une liste exhaustive des soins couverts par le dispositif des soins urgents. En l’absence de contrôle médical (que la circulaire du 16 mars 2005 prévoit pourtant mais dont la CNAMTS considère qu’il ne peut être mis en œuvre pour des patients qui ne sont pas des assurés sociaux), le caractère urgent de ces soins n’est donc apprécié le cas échéant qu’au regard d’une attestation signée par un praticien hospitalier.

Pour autant, l’exploitation des données du PMSI de l’AP-HP montre que les soins délivrés et facturés dans le cadre du dispositif des « soins urgents » correspondent à de vrais soins urgents (cf. rapport de synthèse § I, D, 2 et annexe V).

2. Plus de 80 % de la dépense sont concentrés sur l’Île-de-France et l’outre-mer

Le tableau suivant montre la concentration importante de la dépense en Île-de-France (près du tiers de la dépense totale) et outre-mer (un tiers de la dépense totale pour la seule Guyane et près de la moitié de la dépense globale pour les quatre départements d’outre-mer).

Tableau 1 : Répartition par CPAM des dépenses de soins urgents facturées par les hôpitaux pour l’année 2004

CPAM	Montant des factures présentées au titre des soins urgents pour 2004	Part du total des montants facturés au titre des soins urgents en 2004
Guyane	14 565 105 €	32,3 %
Guadeloupe	6 215 704 €	13,8 %
Martinique	1 039 250 €	2,3 %
La Réunion	195 371 €	0,4 %
Sous-total outre-mer	22 015 430 €	48,8 %
Paris	9 820 072 €	21,8 %
Bobigny	2 154 217 €	4,8 %
Val-d’Oise	944 532 €	2,1 %
Val-de-Marne	725 478 €	1,6 %
Nanterre	346 897 €	0,8 %
Versailles	240 008 €	0,5 %
Melun	228 997 €	0,5 %
Évry	85 144 €	0,2 %
Sous-total Île-de-France	14 545 345 €	32,2 %
Reste de la France	8 565 794 €	19,0 %

Source : DHOS et CNAMTS

La part importante occupée par l’Île-de-France dans les dépenses de soins urgents semble cohérente avec le fait que cette région représente près des deux tiers du nombre total de bénéficiaires de l’AME, ce qui semble indiquer qu’elle regroupe une proportion significative du nombre total d’étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français.

En revanche, le poids relatif de l'outre-mer, et plus spécifiquement de la Guyane et de la Guadeloupe, fait apparaître une problématique spécifique pour ces départements, compte tenu du nombre élevé d'étrangers en situation irrégulière qui transitent par ces départements.

En ce qui concerne la Guyane, si le nombre de bénéficiaires de l'AME dépasse les 15 000 au 30 septembre 2006 pour une population totale d'environ 200 000 habitants (soit 7 % de la population à l'AME contre 0,3 % pour la France entière), le nombre d'étrangers en situation irrégulière à chaque instant sur le territoire est estimé par le directeur de la direction de la santé et du développement social du département à 35 000, soit un habitant sur six. Les patients étrangers constituent plus de la moitié de la fréquentation du centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, puisque cet établissement est le lieu d'hospitalisation de droit commun des Surinamais habitants du fleuve.

Dans ce contexte, il n'apparaît guère étonnant que 1 992 étrangers en situation irrégulière aient reçu des soins hospitaliers au cours de l'année 2005, dont plus de la moitié (52,7 %) concernaient de la gynécologie obstétrique et plus du quart (26,2 %) des soins chirurgicaux (le plus souvent dans des situations d'urgence et liés à des traumatismes), la rétrocession de médicaments anti-rétroviraux représentant un autre poste important de dépense de soins urgents. L'analyse de l'origine géographique de ces patients fait ressortir une part majoritaire des ressortissants du Surinam (62,5 %) et un nombre important de Brésiliens (25,7 %).

3. Des contrôles par les CPAM d'une rigueur variable

La mission a constaté une hétérogénéité des pratiques en termes de contrôles des factures de soins urgents entre les départements qu'elle a visités.

Ainsi, à Bobigny, aucun médicament n'a été facturé au titre des soins urgents en 2004 car les hôpitaux n'avaient pas connaissance du fait que ceux prescrits lors de la délivrance des soins urgents pouvaient entrer dans l'enveloppe correspondante⁷. En outre, un filtrage des dossiers individuels et la recherche systématique d'une autre couverture sociale pour tous les dossiers présentés ont conduit la CPAM de Bobigny à rejeter plus de la moitié des factures présentées par les hôpitaux au cours de cette première année du dispositif (seul un montant de 1,06 M€ a été payé sur un total de 2,16M€ de factures présentées).

De même en Guadeloupe, les données fournies par la CNAMTS indiquent que plus du quart du montant facturé par les hôpitaux (6,22 M€) n'a pas été payé au titre de l'année 2004, puisque les soins urgents réellement payés dans ce département ne se sont finalement élevés qu'à 4,56 M€.

À l'inverse, à Marseille, les factures ont été transmises à la CPAM au fil de l'eau par les centres hospitaliers accompagnées d'une attestation de l'urgence médicale signée par un praticien hospitalier, afin d'obtenir une pré-validation du fait que ces dépenses entraient bien dans le cadre des soins urgents. Pour autant, les agents de la CPAM ne semblent pas avoir rejeté de factures (les quelque 918 000 € présentés ont été presque intégralement payés du fait de contacts informels avec le service administratif des centres hospitaliers ayant permis de filtrer leurs demandes) et ont indiqué ne pas réaliser de contrôle exhaustif du bien-fondé de l'urgence de soins.

⁷ Les médicaments peuvent être pris en charge dans ce cadre si la prescription initiale est établie par un médecin de l'hôpital, et qu'un praticien de cet établissement a attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé.

La même absence de rejet de facture a été constatée en Guyane, sur des montants bien plus élevés, puisque les 14,57 M€ de factures présentées par les hôpitaux ont été versés par la CPAM, sans que la mission ait pu se prononcer sur l'étendue des contrôles menés. À Paris, la CPAM a indiqué à la mission **ne pas contrôler que les factures présentées au titre des soins urgents entrent bien dans le cadre de ce dispositif**. Le montant des paiements pour l'année 2004 (10,09 M€) a même finalement dépassé le montant des dépenses transmises par les hôpitaux au 26 janvier 2006 (9,82 M€), probablement en raison de factures présentées ultérieurement.

Dans l'ensemble, les contrôles opérés par les CPAM apparaissent donc insuffisants et le filtrage des dossiers présentés par les hôpitaux devrait être renforcé (cf. rapport de synthèse § IV, D).

II. L'AME DITE « HUMANITAIRE » ACCORDEE SUR DECISION MINISTERIELLE

A. Les prises en charge exceptionnelles des soins de Français expatriés ou d'étrangers non résidents représentent une dépense de 3 à 4 M€ par an

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui instaure l'AME, prévoit également la possibilité pour le ministre chargé de l'action sociale d'accorder par une décision individuelle la prise en charge totale ou partielle des soins médicaux pour toute personne (française ou étrangère) qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français et dont l'état le justifie.

Ce dispositif, codifié au deuxième alinéa de l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles, représente une dépense moyenne de 3 à 4 M€ par an, ainsi que le montre le tableau suivant.

Tableau 2 : Montant des dépenses engagées au titre de l'AME « humanitaire »

Année	Montant des dépenses d'AME humanitaire
2000	1 634 488,54 €
2001	3 825 844,66 €
2002 (estimation)	4 000 000,00 €
2003	4 184 879,84 €
2004	3 360 565,91 €
2005	3 329 804,98 €
2006 (au 8 novembre)	1 677 028,55 €
Total	22 012 612,48 €

Source : DGAS

L'AME humanitaire concerne deux types de populations : les Français expatriés et des étrangers ne résidant pas en France.

B. La prise en charge des soins de Français expatriés pourrait être assurée par la CMU

Les Français vivant à l'étranger qui demandent à être rapatriés pour une hospitalisation représentent entre 30 et 70 dossiers chaque année.

Ces patients démunis ou ayant toujours vécu à l'étranger bien que possédant la nationalité française n'ont pas cotisé à la Caisse des Français de l'étranger et ne peuvent prétendre à la CMU lors de leur retour en France, généralement dans une situation d'urgence médicale, du fait qu'ils ne remplissent pas la condition de résidence ininterrompue de trois mois sur le territoire (prévue par les articles L. 380-1 et R. 380-1 du Code de la sécurité sociale).

Ils constituent par conséquent des dossiers dans les postes diplomatiques à l'étranger, les services consulaires établissant un dossier social et médical. Le ministère des affaires étrangères accorde le financement du rapatriement vers la France des personnes sans ressources suffisantes (sans toutefois financer le retour dans le pays étranger) et transmet tous les dossiers à la direction générale de l'action sociale (DGAS). Celle-ci accorde elle-même la décision de prise en charge au titre de l'AME de tous les frais de soins, à l'hôpital et en ville, par délégation du ministre **sans réel pouvoir d'appréciation** (la prise en charge est quasi-automatique dès lors que les conditions sont remplies).

Il convient en outre de signaler les difficultés que rencontrent ces patients dépourvus de numéro de sécurité sociale et de carte Vitale pour se procurer les médicaments parfois nécessaires à leur sortie d'hôpital, puisque la procédure est peu connue et qu'ils ne disposent que d'une décision ministérielle sur papier pour attester de leurs droits.

Dans ce contexte, la suppression du dispositif et le basculement de ces Français à la CMU dès leur arrivée en France devraient être envisagés (cf. rapport de synthèse § IV, C, 2).

C. La prise en charge des étrangers non-résidents présente un risque contentieux limité

Le second type de décisions d'AME humanitaire concerne des étrangers non-résidents de passage en France. De fait, la pratique consistant à prendre en charge par lettre ministérielle, de façon exceptionnelle et ponctuelle, des malades ou blessés étrangers ne résidant pas en France et pouvant être sauvés par une hospitalisation sur notre territoire existait avant 2000. La loi du 27 juillet 1999 lui a fourni un fondement législatif.

Les dossiers présentés à ce titre, qui sont entre 500 et 1 000 chaque année, sont instruits par la DGAS. Cette fonction occupe un agent à temps plein et exige une intervention régulière d'un médecin pour fournir un avis médical. Il apparaît que nombre de demandes concernent des personnes s'étant vu refuser l'accès à l'AME de droit commun. La procédure d'AME humanitaire a ainsi été dévoyée de son objectif initial et semble être devenue une voie d'appel pour les étrangers qui n'ont pu accéder à l'AME.

En l'absence de critères réglementaires, la DGAS restreint fortement la prise en charge à l'AME humanitaire et n'accepte qu'**entre 30 et 80 dossiers chaque année** (ce qui correspond à un taux de refus de plus de 90 %). En pratique, cette direction adresse un courrier suivant le cas, à l'établissement de soins, à la DDASS ou à la famille de l'intéressé, indiquant que la demande est en cours d'instruction et qu'une décision d'admission sera notifiée ultérieurement ou qu'à défaut l'absence de réponse positive dans un délai de deux mois doit être interprétée comme un rejet de la demande. Compte tenu de leur formulation, ces décisions implicites de rejet ne font pas courir le délai de recours. Un réexamen de la demande écartée est ainsi toujours possible ainsi qu'un recours contentieux.

Une grande majorité des demandes réceptionnées concernent des personnes adultes, souvent âgées ou souffrant d'une pathologie préexistante, qui ont été hospitalisées à l'occasion d'une visite en France et cherchent à régulariser leur situation *a posteriori*. Dans la mesure où les procédures des soins urgents et des étrangers malades (cf. annexe IV) permettent une prise en charge des soins, l'article L. 251-1 du CASF, qui permet la prise en charge des soins de toute personne « *présente sur le territoire français et dont l'état le justifie* », peut constituer une incitation à venir se faire soigner en France sans nécessairement prévoir de couverture sociale⁸.

Sauf si les soins sont payés pour partie par la famille ou par l'État d'origine, le tri effectué par la DGAS écarte habituellement ce type de demandes. D'une manière générale, les critères conduisant à une proposition d'admission transmise au ministre sont les suivants :

- l'impossibilité d'une famille ou d'une association (par exemple *La chaîne de l'espoir*) de poursuivre, au-delà du devis initial qu'elle a elle-même payé, le financement d'une intervention plus lourde que prévu ;
- une prise en charge partielle de la dépense par le pays d'origine ;
- les cas d'accidents (par exemple nucléaire) dans lesquels le pays d'origine sollicite, par la voie diplomatique, le savoir-faire médical de la France et les départements ministériels concernés s'accordent sur l'opportunité de donner suite à la demande ;
- les patients arrivés depuis peu en France qui présentent une pathologie contagieuse (tuberculose ou VIH notamment) pour laquelle une prise en charge au titre des soins urgents se révèle impossible ;
- les soins qui concernent un enfant de moins de seize ans qui ne reçoit pas dans son pays des soins suffisants (un avis médical est alors demandé au médecin de la DGAS) ;
- les patients étrangers qui font l'objet d'un arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office ou d'un placement à la demande d'un tiers (responsable hospitalier).

À ce jour, une douzaine de décisions a fait l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Paris et deux décisions de rejet ont été annulées en première instance. Toutefois, dans les deux cas, la cour administrative d'appel a finalement donné raison à l'administration.

Ainsi, la suppression du **dispositif d'AME humanitaire pour les étrangers non-résidents n'apparaît pas pertinente**, puisque celui-ci serait vraisemblablement remplacé par des demandes de prise en charge exceptionnelle au ministre, ainsi que cela se faisait avant 2000, et que le risque contentieux reste mesuré.

⁸ Même si les étrangers ont l'obligation, depuis la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité (codifiée depuis à l'article L. 211-1 du code de l'entrée et du séjour en France des étrangers), de faire état d'un contrat d'assurance pouvant couvrir, à hauteur d'au moins 30 000 €, l'ensemble des dépenses médicales et hospitalières susceptibles d'être engagées pendant la durée du séjour en France pour pouvoir bénéficier d'un visa. Toutefois, les interlocuteurs rencontrés ont indiqué que les recours contre les compagnies d'assurance étrangères aboutissaient rarement au paiement des frais engagés.

III. LES PERSONNES PLACÉES EN RÉTENTION ADMINISTRATIVE OU GARDEES A VUE

L'AME prend également en charge certains soins engagés par des personnes placées en rétention administrative ou gardées à vue, pour un montant total de près de 735 000 € de 2003 à 2006.

Tableau 3 : Montant des dépenses engagées au titre de l'AME pour des étrangers en rétention administrative ou des personnes placées en garde à vue

Année	Montant des dépenses d'AME pour des étrangers en rétention administrative ou gardées à vue
2003	79 938,16 €
2004	244 753,97 €
2005	314 048,38 €
2006 (estimation)	96 084,58 €
Total	734 825,09 €

Source : DGAS

A. Si l'AME couvre à titre subsidiaire les frais sanitaires des étrangers faisant l'objet d'une rétention administrative, cette situation apparaît peu satisfaisante

1. L'AME permet de financer les soins non couverts par les crédits du programme budgétaire n°104 « Accueil des étrangers et intégration »

a) La prise en charge des frais sanitaires de personnes en rétention administrative relève à titre principal du programme budgétaire n°104

La prise en charge des frais liés aux soins apportés à des personnes étrangères placées en centres de rétention administrative (CRA), lieux de rétention administrative (LRA, mis en place dans des départements où il n'existe pas de CRA) ou en zone d'attente relève en principe de l'action n°1 du programme budgétaire n°104 « Accueil des étrangers et intégration », pilotée par la direction des populations et des migrations (DPM). Cette assistance sanitaire et sociale, dont l'objectif est d'assurer la gratuité des soins apportés aux étrangers en attente de reconduite à la frontière, s'est traduite par l'inscription de crédits de paiement d'un montant de près de 5,2 M€ en 2006 pour l'intervention du service public hospitalier dans les CRA, sur la base de conventions locales passées entre l'État et des centres hospitaliers.

À Rouen par exemple, une convention signée avec la Préfecture prévoit que le CHU Charles-Nicolle assure une permanence médicale directement au centre de rétention.

b) L'AME couvre les soins apportés dans les locaux de rétention administrative et les hospitalisations des étrangers retenus dans les centres de rétention administrative

Toutefois, depuis un avis émis le 5 avril 2001 par la mission juridique du Conseil d'État⁹, l'AME est chargée de financer tous les soins apportés à des étrangers retenus que la DPM ne prend pas elle-même en charge, faute de moyens. Ainsi :

- hors temps de présence de personnels médicaux et infirmiers dans les CRA et en cas de soins plus lourds, les retenus peuvent bénéficier de soins externes ou d'hospitalisations. Le programme n°104 précise pour ces situations qu'« en tant que de besoin, les CRA peuvent recourir aux financements complémentaires de l'AME ». Cette mention autorise donc les DDASS à recourir à un financement par l'AME des hospitalisations nécessaires aux personnes retenues dans les CRA ;
- l'AME couvre également les soins apportés aux étrangers placés dans les LRA.

Le CHU de Rouen a par exemple facturé à la DDASS de Seine-Maritime 5 500 € à ce titre en 2005 et prévoit une dépense d'environ 10 500 € pour 2006. Sur la France entière, cette dépense s'élèverait à environ 162 000 € pour 2005.

2. L'éclatement du financement des soins apportés aux étrangers en attente de reconduite ne permet pas de contrôler les dépenses, ce qui plaide en faveur d'une simplification

a) Les dépenses engagées au titre de l'AME dans ce cadre ne sont pas contrôlées

Les prises en charge par l'AME des frais engagés lors d'hospitalisations d'étrangers en CRA ou de soins apportés à des étrangers en LRA s'opèrent en dehors de la procédure normale d'instruction par les CPAM.

En l'absence d'instructions, les DDASS ne semblent procéder à aucun contrôle de ces dépenses, se contentant de recueillir les demandes de remboursements des professionnels et des établissements de santé et de les payer sans instruire individuellement les dossiers concernés pour contrôler le bien-fondé de la dépense.

b) Une centralisation de la prise en charge de l'ensemble des soins des personnes en rétention administrative au sein du programme budgétaire n°104 simplifierait l'organisation

Cette évolution supposerait un transfert de la responsabilité en matière de remboursement de frais de soins, de consultations, de médicaments et d'hospitalisation dans les LRA ainsi que des frais d'hospitalisation des personnes retenues en CRA vers le programme « Accueil des étrangers et intégration » et la suppression de la prise en charge de ces soins par l'AME.

L'avantage de ce regroupement serait de désigner un **pilote unique**, en l'occurrence la DPM, **pour l'ensemble des soins délivrés à des étrangers en rétention administrative**. Cette direction pourrait alors assumer la charge de l'instruction et du contrôle des dépenses engagées à ce titre.

⁹ Note à l'attention du directeur de la population et des migrations du 5 avril 2001.

B. Les médicaments et les soins infirmiers des personnes gardées à vue ne pouvant faire état d'une couverture santé relèvent d'une prise en charge par l'AME

1. Les soins de certaines personnes placées en garde à vue peuvent être couverts par l'AME

Toute personne gardée à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou un officier de police judiciaire. En cas de prolongation, elle peut demander un second examen. Ces consultations médicales assurées par un médecin hospitalier relevant d'une unité médico-judiciaire ou par un médecin réquisitionné (sur la base de l'article 63-3 du Code de procédure pénale) sont pris en charge au titre des frais de justice en tant qu'elles sont effectuées dans le cadre de la procédure pénale. A l'inverse, **les médicaments ou les soins infirmiers qui pourraient s'avérer nécessaires ne relèvent pas de la mesure médico-judiciaire et des frais de justice mais du domaine des soins.**

Si la personne concernée est affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficie de la couverture maladie universelle et si elle dispose des documents en attestant lors de sa garde à vue, ces dispositifs permettent de couvrir les frais concernés. En revanche, pour les personnes ne possédant pas de justificatifs de leur couverture sociale et pour les étrangers en situation irrégulière, l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit depuis 2002 une prise en charge par l'AME¹⁰.

2. L'absence de cadre réglementaire pose des difficultés pratiques auxquelles une solution doit être apportée à court terme

À ce jour, en l'absence du décret prévu par l'article L. 251-1 du CASF, les médicaments et soins infirmiers en question sont financés soit par l'hôpital dont relève le médecin de l'unité médico-judiciaire, soit par le gardé à vue lui-même, soit par des échantillons en possession du praticien, soit encore par l'officine qui délivre les médicaments ou sur les deniers personnels de certains magistrats, soit enfin par les DDASS en dehors de tout cadre réglementaire.

Face à cette situation dont le Médiateur de la République s'est ému dès 2003, une solution doit être apportée à court terme.

Une piste envisagée consisterait à abroger la disposition du CASF correspondante et à modifier le Code de procédure pénale pour faire prendre en charge ces dépenses par les frais de justice. Outre les difficultés à faire accepter cette évolution au niveau interministériel, il semble peu réaliste d'envisager une modification législative pour un enjeu quantitativement faible (quelques centaines de milliers d'euros par an).

Dès lors, il apparaît préférable à la mission de passer par la voie réglementaire dans le cadre de la législation actuelle. Si, pour des raisons d'opportunité politique, il apparaissait difficile de faire adopter rapidement un décret d'application, une simple **circulaire interprétative pourrait permettre aux DDASS de prendre en charge ces frais**, compte tenu du caractère non équivoque de l'article L. 251-1 du CASF.

¹⁰ L'article 14 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a introduit un alinéa supplémentaire à l'article L. 251-1 de ce code : « Toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'État, dans des conditions fixées par décret ».

IV. LES DETTES ANTERIEURES A LA MISE EN PLACE DE L'AME

A. L'État reste redevable de dettes liées à l'ancienne aide médicale gratuite pour des personnes sans domicile fixe

L'AME a remplacé le dispositif d'aide médicale gratuite, qui avait été sensiblement modifiée par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.

Les dépenses correspondantes étaient prises en charge par les conseils généraux sauf pour les personnes « *dépourvues de résidence stable et ayant fait élection de domicile auprès d'un organisme agréé* », pour lesquelles l'article 190-1 introduit au Code de la famille et de l'aide sociale par la loi sus-mentionnée prévoit un financement par l'État.

Ces soins pris en charge par l'État concernaient donc des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur nationalité, mais également dans certains cas des personnes étrangères en situation irrégulière y compris lorsqu'elles bénéficiaient d'une résidence stable (et relevaient donc logiquement d'une prise en charge par le département de résidence), puisque certains départements refusaient de prendre en charge ces personnes, considérant que le caractère irrégulier de leur séjour en France justifiait à lui seul une prise en charge de leurs soins par l'État.

Or, lors du basculement vers l'AME au 1^{er} janvier 2000, l'État avait cumulé des dettes dont les DDASS restaient redevables auprès de divers débiteurs :

- auprès des **établissements et praticiens de santé**, qui facturaient aux DDASS, sur la base de conventions *ad hoc*, les frais liés à des hospitalisations ponctuelles de personnes en difficulté incapables de justifier de droits ouverts à l'assurance maladie. Ces conventions, qui concernaient des personnes sans domicile fixe ayant vocation à accéder immédiatement à la CMU, ont été dénoncées progressivement par les DDASS de 2000 à 2002. Les DDASS prenaient également en charge des hospitalisations ponctuelles d'étrangers non-résidents souffrant de maladies mentales jusqu'à leur rapatriement ou de patients et blessés étrangers envoyés en France pour des soins par décision du ministre de la santé (provenant de Bosnie ou du Kosovo notamment). Elles prenaient enfin en charge les interruptions volontaires de grossesse lorsque se présentait un problème de confidentialité non réglé par la réglementation de l'assurance maladie¹¹ ;
- auprès des **URSSAF** pour les cotisations restant dues par l'État pour des personnes sans domicile fixe admises à l'aide médicale ;
- auprès des **conseils généraux** : dans certains départements, des conventions de gestion étaient passées entre le préfet et le président du conseil général pour intégrer la gestion de l'aide médicale des personnes sans domicile fixe dans celle de l'aide médicale départementale des personnes disposant d'un domicile de secours dans le département. Le département demandait alors à l'État le remboursement des dépenses avancées pour son compte ;

¹¹ Cf. dernier alinéa de la circulaire DAS 2000-14 du 10 janvier 2000 : « *Enfin, les dispositions prévues dans les précédentes circulaires relatives à l'IVG demeurent applicables après le 1^{er} janvier 2000 en ce qui concerne la possibilité, pour l'autorité compétente, de prononcer, indépendamment de la condition de justification des ressources, la prise en charge par l'AME, pour la part non couverte par l'assurance maladie, de toute personne se trouvant en situation de détresse matérielle ou morale et désirant garder l'anonymat* ».

- auprès des **organismes d'assurance maladie** : une part des dépenses des CPAM a été remboursée directement par les DDASS, dans la ligne de l'ancienne convention d'aide médicale du 9 mai 1995. Cette convention étant passée non seulement avec la CNAMTS mais aussi avec la mutualité sociale agricole et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, les DDASS ont dû également assurer le paiement des dettes existant envers ces deux organismes au titre de l'ancienne aide médicale.

Pour les CPAM, l'article 17 de la convention entre l'État et la CNAMTS du 17 octobre 2000 prévoyait un dispositif de **remboursement sur les crédits destinés à la nouvelle AME** (avec un « *décompte séparé* ») des dettes pour lesquelles « *les justificatifs étaient présentés après le 30 juin 2000* ». Ce sont ces dettes qui ont, chaque année depuis 2000, amputé le montant que l'État a versé à la CNAMTS au titre de l'AME de droit commun.

B. Le remboursement de ces dettes, qui ont représenté près de 80 M€ de 2000 à 2006, est quasiment achevé

En 2000, dans la perspective d'une mesure d'apurement dans le cadre du projet de loi de finances rectificative, une enquête a été effectuée auprès des préfets en vue d'établir le montant des dettes de l'État au titre de l'aide médicale. La demande de mesure n'ayant pas abouti, l'enquête a été renouvelée en 2001. Une note budgétaire de la DGAS du 21 mars 2002 évaluait le montant des dettes réclamées aux DDASS, après utilisation des 7,6 M€ (50 MF) de crédits ouverts en LFR 2001, à 81,4 M€.

Ce bilan s'est avéré ne pas être tout à fait exhaustif, des établissements de santé relayés par la direction générale de la comptabilité publique continuant à demander le remboursement de dettes concernant l'État au titre de l'aide médicale au cours des années suivantes.

Les montants remboursés chaque année par l'État à la CNAMTS dans ce cadre sont détaillés dans le tableau ci-dessous. Ils s'élèvent au total à plus de 78 M€ depuis 2000, auxquels s'ajoutent 34,1 M€ versés directement par les DDASS au cours de l'année 2000 en dehors du cadre prévu par la convention du 17 octobre 2000.

Tableau 4 : Dettes antérieures à 2000 remboursées par l'État à la CNAMTS sur l'enveloppe « aide médicale d'État »

Année	Montant de dettes antérieures à 2000 remboursées
2000	5 946 095,52 €
2001	2 277 823,85 €
2002	64 246 454,08 €
2003	1 329 800,92 €
2004	1 518 325,50 €
2005	549 639,44 €
2006	2 178 376,72 €
Total	78 046 516,03 €

Source : DGAS

Depuis le remboursement important effectué en fin d'année 2002 (grâce aux crédits ouverts en loi de finance rectificative), une partie importante des dettes anciennes dont restait redevable l'État a été apurée. Selon la DGAS, il ne subsisterait des dettes significatives que dans deux DDASS (Paris et Essonne)¹².

¹² Ainsi, l'AP-HP réclame encore à la DDASS de Paris une dette globale de 1 271 213 € au 26 septembre 2006, au titre des années 1988 à 1999 incluses.

V. LES EVACUATIONS SANITAIRES DE MAYOTTE VERS LA REUNION

A. Les évacuations sanitaires des patients non immatriculés à la caisse de sécurité sociale récemment créée à Mayotte sont prises en charge par l'AME

Les patients hospitalisés au centre hospitalier de Mamoudzou nécessitant des soins qui ne peuvent être délivrés sur place sont transférés vers les hôpitaux de la Réunion (principalement le centre hospitalier départemental de Saint-Denis dans 57 % des cas et le centre d'hébergement et de réinsertion sociale de Saint-Pierre pour 26 % des patients). Pour les cas les plus graves, un transfert vers un hôpital de métropole (le plus souvent l'hôpital Necker à Paris) est entrepris.

Pour tous ceux qui ne peuvent faire état d'une couverture sociale (qu'ils soient Français, étrangers en situation régulière ou irrégulière), une prise en charge des frais afférents à cette évacuation sanitaire par l'aide médicale d'État est prévue, sur avis d'une commission médicale sous l'autorité du médecin de santé publique de Mayotte. **La base juridique de ce dispositif apparaît toutefois fragile**, dans la mesure où il s'agit d'un simple télégramme du 6 septembre 1976 de la direction de l'action sociale du ministère de la santé publique, **et mériterait d'être consolidée**.

Selon les données fournies à la mission, 30 % des patients couverts par l'AME pour une évacuation sanitaire sont des enfants de moins de 10 ans, et près de la moitié a moins de 20 ans. Ces patients jeunes sont d'ailleurs le plus souvent accueillis dans une famille d'accueil (rémunérée sur l'enveloppe AME) pendant leur convalescence, avant de rejoindre leur domicile à Mayotte, sur la base d'une convention entre le préfet et l'union départementale des associations familiales. Les soins délivrés relèvent principalement de la pédiatrie, de la chirurgie infantile, de l'urologie, de la neurochirurgie et de l'oncologie.

B. Le coût correspondant, d'une vingtaine de millions d'euros par an, devrait diminuer dans les années à venir

La dépense moyenne annuelle au titre de cette procédure avoisine les 20 M€. Le pic observé en 2002 s'explique par l'insuffisance de crédits délégués en 2000 et 2001 et non par une augmentation sensible du nombre d'évacuations. De même en 2005, 5 M€ de crédits ont été délégués au mois de novembre afin d'apurer les dettes des années antérieures, ce qui a contribué à gonfler artificiellement les dépenses de cette année.

Le nombre de personnes concernées par cette procédure est en diminution ces dernières années, puisqu'il a été plus que divisé par deux depuis 2003. Le nombre d'étrangers est quant à lui passé de 329 en 2003 à 187 en 2005 (respectivement la moitié et les deux tiers du total), sans qu'il soit possible de distinguer la part de ceux qui se trouvaient en situation régulière ou non, la situation administrative n'étant pas un critère pris en compte lors de la décision de prise en charge.

Plusieurs facteurs laissent présager d'une tendance à la baisse des dépenses au titre des évacuations sanitaires prises en charge par l'AME au cours des années à venir :

- la montée en charge des affiliations à la caisse de sécurité sociale de Mayotte pour les Français et les étrangers en situation régulière réduira la population éligible à une prise en charge par l'AME pour une évacuation sanitaire aux seuls étrangers en situation irrégulière ;

- l'introduction de la nécessité de verser une provision pour les non-assurés sociaux désireux de se faire soigner à Mayotte constitue un frein au « tourisme médical » au sein des Comores ;
- l'amélioration du plateau technique des hôpitaux de La Réunion, qui permet de réduire les transferts secondaires vers la métropole (passés de 55 à 31 entre 2004 et 2005 et au nombre de 15 sur les dix premiers mois de l'année 2006), ainsi que de celui du centre hospitalier de Mamoudzou, qui limite les besoins d'évacuations sanitaires.

Tableau 5 : Nombre et dépenses annuelles liées aux évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion

Année	Dépenses liées aux évacuations sanitaires	Nombre de patients ayant fait l'objet d'une évacuation sanitaire	Nombre d'étrangers parmi ces patients
2000	7 923 225 €	ND	ND
2001	5 090 673 €	ND	ND
2002	35 000 692 €	ND	ND
2003	19 188 677 €	620	329
2004	19 953 681 €	579	296
2005	24 245 583 €	290	187
2006 (estimation)	20 000 000 €	200 à 250	ND
Moyenne annuelle	18 771 790 €	-	-

Source : DGAS

La prise en charge des soins délivrés aux 70 000 étrangers en situation irrégulière de Mayotte

Faisant suite à la création le 1^{er} janvier 2003 d'une caisse de sécurité sociale à Mayotte, l'ordonnance du 12 juillet 2004 a mis fin à la gratuité des soins pour les non-assurés sociaux dans l'île. Désormais, les quelque 70 000 étrangers en situation irrégulière de Mayotte doivent en principe payer les soins dont ils bénéficient.

Toutefois, conformément à l'article L. 6416-5 du Code de la santé publique, ils sont aujourd'hui seulement soumis au versement d'une « provision financière » (qui représente environ le quart des tarifs réels des soins et a rapporté autour de 2 M€ en 2005) pour avoir accès au système de santé, selon un barème qui a été fixé par arrêté de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les frais supplémentaires ne sont pas couverts par l'AME, qui n'existe pas à Mayotte, mais par une dotation spécifique versée au centre hospitalier de Mayotte au titre des non-assurés sociaux, qui s'élève à 6,8 M€ pour 2004 et 2005¹³.

En outre, les personnes en situation irrégulière sont dispensées du versement de cette provision si elles disposent de faibles ressources, sont soignées dans un établissement public de santé et sont atteintes d'une affection pour laquelle le défaut de soins entraînerait « une altération grave et durable de l'état de santé » ou relevant de la « lutte contre des maladies transmissibles graves ».

La perspective d'une mise en place de l'AME à Mayotte, qui devrait être envisagée si cette collectivité départementale devient à l'avenir un département d'outre-mer, renforcerait le coût global de l'AME d'au moins 10 M€ et mettrait fin à la logique de participation financière des non-assurés sociaux dans l'île. Elle augmenterait en outre mécaniquement le nombre de bénéficiaires de plusieurs dizaines de milliers de personnes.

¹³ Source : rapport IGAS n°2005-167 de novembre 2005 sur « La prise en charge des patients non-assurés sociaux par le centre hospitalier de Mayotte », présenté par Jean DEBEAUPUIS. Ce rapport évalue à 23 M€ en 2005 le coût total des soins délivrés à des non-assurés sociaux.

Tableau récapitulatif des dépenses des différentes enveloppes et de l'origine de la dette de l'AME au titre de l'AME de droit commun (en €)

Année	Crédits LFI	Crédits LFR	Report de crédits	Fongibilité (apport de crédits FIVA)	Crédits totaux disponibles dans l'enveloppe AME	Dispositif des soins urgents	AME humanitaire	Rétention administrative et garde à vue	Évacuations sanitaires Mayotte	Dettes antérieures à 2000	Crédits versés à la CNAMTS au titre de l'AME de droit commun	Dépenses CNAMTS pour l'AME de droit commun	Dette annuelle	Dette cumulée sur AME de droit commun
2000	75 462 263	0	280 326	0	75 742 589	0	1 634 489	0	7 923 225	5 946 096	62 012 134	113 612 645	51 600 512	51 600 512
2001	53 357 156	7 622 450	441 302	0	61 420 909	0	3 825 845	0	5 090 673	2 277 824	50 272 070	207 772 416	157 500 346	209 100 857
2002	60 980 000	445 000 000	132	0	505 980 132	0	0	0	35 000 692	68 246 454	402 733 971	377 298 594	- 25 435 377	183 665 480
2003	233 480 000	0	15 370 091	0	248 850 091	0	4 184 880	79 938	19 188 677	1 329 801	209 994 880	505 469 820	295 474 940	479 140 420
2004	233 480 000	208 451 208	15 836 264	0	457 767 472	20 000 000	3 360 566	244 754	19 953 681	1 518 326	412 699 060	422 493 415	9 794 355	488 934 775
2005	233 480 000	0	271 578	0	233 751 578	20 000 000	3 329 805	314 048	24 245 583	549 639	185 040 112	376 903 579	191 863 467	680 798 242
2006 (au 30/09)	233 480 000	26 820 000	499 400	2 500 000	263 299 400	20 000 000	1 677 029	96 085	20 000 000	2 178 377	219 346 901	339 620 085	120 273 184	801 071 427

Source : DGAS, CNAMTS et calculs de la mission.

NB : les crédits de la colonne « crédits LFR » sont inscrits à leur année de paiement et non à celle de leur vote.

ANNEXE VIII

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES

La présente annexe reprend, dans un unique tableau, la signification de l'ensemble des sigles, acronymes et abréviations utilisés dans le rapport et ses annexes.

Sigle, acronyme ou abréviation	Signification
AME	Aide médicale d'État
AMG	Aide médicale gratuite
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
AP-HM	Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
BDO	Base de données opérantes
BOP	Budget opérationnel de programme
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CICI	Comité interministériel de contrôle de l'immigration
CMA	Complications et morbidités associées
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Comité national de lutte contre les exclusions
COMEDE	Comité médical des exilés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA	Centre de rétention administrative
CRR	Commission de recours des réfugiés
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DPM	Direction de la population et des migrations
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EPAS	Échantillon permanent d'assurés sociaux
GAV	Garde à vue
GHM	Groupe homogène de malades
INED	Institut national des études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
LFR	Loi de finances rectificative
LRA	Lieu de rétention administrative
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RAME	Refus d'AME
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIAM	Registre national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
SANDIA	Service administratif national d'immatriculation des assurés nés hors métropole et dans les territoires
SNIIR-AM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
TJP	Tarif journalier de prestations

Source : Mission

