

## Conférence de presse de l'Uniopss

Jeudi 26 septembre 2019

### Menace sur l'Aide médicale d'État : Vers une régression dans l'accès aux soins ?

Cette année a été marquée en matière de politique de santé par le plan Ma santé 2022, la loi Santé, des mesures pour tenter de répondre à la crise des urgences, symptomatique des dysfonctionnements de notre système de santé. Il y a aussi eu une volonté du gouvernement d'améliorer l'accès aux soins (Reste à charge zéro, fusion de l'ACS dans la CMU-C, renouvellement automatique de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA...), avec des chantiers engagés sur l'accès aux soins des personnes handicapées.

Mais comme sur les autres secteurs, on observe une « **politique d'un pas en avant, un pas en arrière** ». Les associations ont appris au cours de l'été, le projet du gouvernement de s'attaquer à l'accès aux soins des plus démunis *via* le projet de réforme de l'AME. L'IGAS/IGF ont été missionnées avec pour objectif de restreindre l'accès à l'AME.

Plusieurs scénarios sont à l'étude : l'introduction d'un ticket modérateur ou une réduction du panier de soins. A travers ce projet, ce sont les fondements de notre système de protection sociale et de santé qui sont ainsi remis en question.

Le projet de réforme se base ou en tout cas alimente de **nombreuses idées fausses**, largement relayées ces dernières semaines par une partie de la classe politique dans les médias :

- **1<sup>ère</sup> idée fausse : 100 % des soins sont gratuits pour les étrangers. Or, le panier des soins des bénéficiaires de l'AME ne couvre pas tous les frais de santé, il est déjà réduit par rapport aux assurés sociaux :** ils ne bénéficient pas des frais d'hébergement et de traitement des personnes en situation de handicap y compris des enfants, des programmes de prévention de l'Assurance maladie (prévention bucco-dentaire pour les enfants, dépistage du cancer par ex). Ce ne sont pas 100 % des frais de santé qui sont gratuits, pour les bénéficiaires de l'AME comme pour les autres assurés, puisqu'il y a des plafonds de la Sécurité Sociale : c'est notamment le cas des médicaments remboursés à 65 % ou 30 %. Les bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas du remboursement des médicaments à faible service médical à 15 %. Moindre remboursement également, par rapport aux bénéficiaires de la CMU-C, sur les lunettes/prothèses dentaires.
  - ⇒ L'AME ne rembourse pas des soins esthétiques ou de confort, mais elle **permet de soigner des pathologies comme le VIH, la tuberculose** dont la prévalence est plus importante au sein de la population migrante. De même que la prévalence de pathologies chroniques (diabète etc..) est plus importante. Ces personnes ont une santé plus fragile et leur situation peut vite se détériorer en raison de leurs conditions de vie très précaires.
  - ⇒ **Réduire le panier de soins ou introduire un ticket modérateur** ou - comme cela a été mentionné dans la presse - instaurer un délai de carence de 3 mois à compter de la demande d'asile pour bénéficier de la CMU-C, **c'est prendre le risque de voir des situations de santé se dégrader et arriver à l'hôpital** - aux urgences déjà saturées - avec des risques d'impayés plus importants pour les hôpitaux.
  - ⇒ **Freiner et retarder l'accès aux soins, c'est plus coûteux : plusieurs études montrent qu'un accès tardif aux soins est plus coûteux qu'une prise en charge précoce.** C'est pour cette raison que le timbre à 30 € introduit en 2011 pour accéder à l'AME a vite été arrêté car on a constaté une augmentation des dépenses avec un report des soins

de villes vers l'hôpital malgré, à ce moment-là, une stagnation du nombre de bénéficiaires. C'est une évidence, mais il faut le rappeler : une consultation en ville coûte moins cher qu'une hospitalisation.

- **Deuxième idée fausse : la France avec l'AME, ce serait « l'open bar » de l'accès aux soins. Les fantasmes sont loin de la réalité de terrain observée au quotidien par les associations de solidarité. Obtenir l'AME et accéder aux soins relève d'un parcours du combattant. Il y a beaucoup de non recours et de renoncement aux soins liés aux barrières administratives.**

⇒ Plusieurs conditions pour bénéficier de l'AME : il faut prouver sa résidence en France pour 3 mois consécutifs et justifier de ressources inférieures à 746 €/mois pour une personne seule ; à cela s'ajoutent des règles pas toujours transparentes/pratiques restrictives ou hétérogènes de la part des CPAM dans l'instruction des dossiers (Cf. *Rapport du Défenseur des Droits sur les personnes étrangères malades publié en mai 2019*).

**Il y a plus de risques de renoncement aux soins, de non recours, que de fraude et d'abus de droit selon les conclusions du dernier rapport IGAS/IGF de 2010.** A cette occasion, les soins les plus chers avaient été examinés à la loupe et étaient justifiés.

**Plusieurs rapports montrent que le dispositif est déjà très contrôlé.**

**La fraude à l'AME, un phénomène marginal :** des données ont été publiées en lien avec une des procédures de contrôles : cela représente moins de 0,06 % du total des dépenses d'AME enregistrées par la CNAM en 2016 selon le Rapport PLF 2019 mission Santé, de la Députée Véronique Louwagie. De même, le rapport parlementaire de 2015 recensait une quarantaine de cas de fraude par an sur plusieurs années.

**Quand M. Macron dit que « il y a des excès sur l'AME », sans étayer et documenter ces affirmations, il prend le risque de pointer du doigt, de stigmatiser un peu plus une catégorie de la population.**

Une fois l'AME obtenue, le parcours du combattant ne s'arrête pas là, les personnes font face à de nouveaux obstacles : refus de soins, complexité administrative liée à l'absence de carte vitale avec des délais plus longs de remboursement des professionnels de santé. Sur les refus de soins, le Défenseur des Droits a été saisi de nombreuses fois.

- **Troisième idée fausse : l'AME ferait de la France un pays attractif. Or, l'AME n'est pas un motif de migration.** La grande majorité des personnes découvrent leurs problématiques de santé, une fois arrivées en France (près de 70 % selon les chiffres du Comité Médical pour les exilés - Comede - pour les personnes qu'il prend en charge). Selon une enquête menée par Médecins du Monde dans plusieurs pays, **seules 6 % des personnes concernées citent la santé comme l'un des motifs de migration.**

- **Pour faire cesser les fantasmes et les idées fausses, il faut rappeler encore quelques chiffres :**

- L'AME, c'est 300 000 bénéficiaires pour 5,6 millions de bénéficiaires de la CMU-C et 62 millions d'assurés sociaux.
- L'AME, c'est 943 millions d'euros en 2019 par rapport aux 200 milliards de l'Assurance maladie, soit 0,47 % des dépenses de santé.
- On pointe les près d'1 milliard d'euros de l'AME... Mais on pourrait pointer d'autres dépenses de santé, comme les dépassements d'honoraires qui représentaient 2,66 milliards d'euros en 2016. (CNAM : Observatoire des pratiques tarifaires, 2017).

## En conclusion

Alors que le gouvernement a pris des mesures l'an passé dans la LFSS pour accroître l'accès aux droits et aux soins (renouvellement automatique de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA et fusion CMU-C/ACS), les mesures envisagées en cette rentrée **vont vers une régression importante de l'accès aux droits et aux soins**. Stigmatiser les étrangers, les opposer au reste de la population n'est pas acceptable. Comme l'affirme l'intitulé d'une Tribune de plus de 800 médecins parue dimanche dernier : « **Tout le monde a le droit d'être soigné** ». Les médecins le disent eux-mêmes : « Nous ne choisirons pas entre ceux qui pourront être soignés et ceux laissés à leur propre sort. »

Préserver l'AME et la CMU-C, c'est un enjeu de protection de la santé individuelle et collective. **Quel que soit le dispositif (AME, CMU-C), restreindre l'accès aux soins des plus vulnérables, c'est faire le choix d'une société qui va vers moins de justice sociale**. Restreindre cet accès aux soins de base, c'est aussi un non-sens économique. **L'Uniopss et les associations qu'elle représente trouvent très regrettable que le gouvernement s'apprête lundi à aborder l'AME sous l'angle de la politique migratoire alors qu'il s'agit d'une mesure indispensable dans une politique de santé publique.**