



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 61423

Texte de la question

M. Olivier Marleix interroge Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur l'augmentation des dépenses budgétaires consacrées à l'aide médicale d'État. Entre 2012 et 2013, elles ont augmenté de 25 %. Ainsi, en 2013, 846 millions d'euros ont été consacrés pour assurer la gratuité des soins aux personnes en situation irrégulière sur le territoire français (contre 75 millions d'euros en 2000). Aussi, il lui demande d'une part les raisons de cette augmentation spectaculaire entre 2012 et 2013 et d'autre part ce que le Gouvernement entend mettre en oeuvre afin d'enrayer ce phénomène, à l'heure où tous les Français sont mis à contribution pour réduire le déficit.

Texte de la réponse

L'aide médicale de l'Etat (AME) répond à une triple logique : une logique de santé publique en évitant la propagation de maladies, une logique humanitaire en donnant un accès aux soins à des personnes fragiles et une logique économique en prévenant les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. Les ressortissants étrangers en situation irrégulière bénéficiant de l'AME n'ont pas le statut d'assuré social et leurs dépenses de santé sont prises en charge par l'Etat dans des conditions définies, non par le code de la sécurité sociale, mais par le code de l'action sociale et des familles. Financé par la solidarité nationale, le dispositif fait depuis sa création l'objet d'un suivi permanent qui a conduit à l'aménager pour gagner en efficacité et en maîtriser les dépenses. L'accès au droit a été plus strictement encadré. Une condition de stabilité de résidence pour bénéficier des prestations en cours d'année de droit a été instaurée, tandis que le champ des dépenses prises en charge - récemment révisé par un décret du 3 février 2015 - est limité aux actes, produits et prestations exclusivement destinés au traitement ou à la prévention d'une maladie. Par ailleurs, pour éviter les fraudes, depuis 2010, il a été créé un titre d'admission, imprimé sur un papier sécurisé, comportant la photo du bénéficiaire et contenu dans une pochette plastique scellée. Parallèlement, une procédure systématique de remise en mains propres de ces justificatifs de droits par les caisses à leurs titulaires a été instituée. Enfin, délégation a été donnée aux caisses d'assurance maladie pour ester en justice aux fins de récupération des indus. Aussi, le rapport de la mission d'audit de l'AME menée au cours du second semestre de l'année 2010 par les services de l'inspection générale des affaires sociales IGAS et de l'inspection générale des finances (IGF), ainsi que le rapport d'évaluation de l'AME de l'Assemblée Nationale de juin 2011, rédigé par Messieurs Goasguen et Sirugue, ont rendu des conclusions et des recommandations très similaires aux termes desquelles il apparaît que la gestion de l'AME est satisfaisante. Les processus de gestion et notamment de contrôle sont bien maîtrisés par les caisses, excluant de fait la fraude, des facteurs d'explication de la progression des dépenses constatée au cours des dernières années, progression due pour l'essentiel à l'augmentation des flux de demandeurs d'asile, et par suite des déboutés du droit d'asile, en France. De même, le rapport précité des services de l'IGAS et de l'IGF en 2010, préconisait de ne pas conditionner le droit à l'AME au paiement d'un droit d'accès, pour deux raisons principales : - le risque d'un accroissement des dépenses, les personnes risquant de retarder leur demande d'AME et donc leurs soins (avec un transfert de la ville vers l'hôpital), ce qui conduirait mécaniquement à une majoration nette des dépenses totales de l'AME ; - le risque sanitaire plus élevé que

représentaient les retards de prise en charge, certaines maladies transmissibles étant surreprésentées au sein de la population concernée. Le précédent Gouvernement a néanmoins instauré par la loi de finances pour 2011, sans attendre les conclusions de ce rapport, l'obligation pour les demandeurs majeurs de l'AME d'acquitter un droit de timbre de 30 euros pour bénéficier de ce dispositif. Or cette disposition, comme le prévoyait le rapport de l'IGAS et de l'IGF, a entraîné sinon des renoncements tout au moins des reports de soins de la part des personnes concernées et n'a pas permis de réguler la dépense mais a pu, au contraire, occasionner un déport vers les soins hospitaliers, plus coûteux car plus tardifs ainsi que l'ont montré les données statistiques de l'année 2011. En effet, alors que les effectifs avaient baissé très sensiblement (- 8,4 %), les dépenses avaient progressé de près de 5 % en raison de l'augmentation des dépenses hospitalières tandis que celles des soins de ville chutaient. C'est pourquoi le droit de timbre de 30 € a été supprimé par la loi de finances rectificative pour 2012 et que son rétablissement n'est pas envisagé. Pour autant, dans un contexte d'augmentation des dépenses de l'AME, l'attention du gouvernement reste maintenue : les indicateurs de suivi sont sans cesse affinés et les mesures de contrôle systématisées. Ainsi, afin de garantir que le dispositif, tout en assurant un accès effectif aux soins, ne bénéficie qu'aux personnes qui en remplissent les conditions légales d'attribution, les dossiers de demande d'AME pour lesquels les demandeurs ont déclaré n'avoir aucune ressource sont par exemple contrôlés de manière systématique et approfondie et les intéressés convoqués à un entretien individuel au guichet des caisses.

Données clés

Auteur : [M. Olivier Marleix](#)

Circonscription : Eure-et-Loir (2^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 61423

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Affaires sociales

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [22 juillet 2014](#), page 6083

Réponse publiée au JO le : [17 février 2015](#), page 1090