

Aide médicale d'État (AME)

Position du Comité éthique de la FHF

Il n'est pas envisageable
d'un point de vue éthique, humain et sanitaire de supprimer l'AME

Préambule

Dimensions politique et sociétale

Le comité éthique de la FHF n'ignore pas les aspects politiques s'agissant de la régulation des flux migratoires ou encore de l'existence de filières mafieuses profitant du système. Ces dimensions ne relevant pas de son domaine de compétences, ces questions ne seront pas ici abordées.

Position du CCNE le 12 octobre 2023

Dans un, [communiqué de presse](#), le CCNE a réaffirmé son engagement en faveur d'une éthique de la fraternité envers les personnes exilées. « La solidarité et la dignité sont des valeurs fondamentales qui doivent guider les politiques de santé pour le bien-être de tous. À quelques semaines de l'examen du projet de loi relatif à l'immigration et à l'intégration, le CCNE exprime sa vive préoccupation quant à la menace qui pèse sur l'AME destinée aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français ».

Principes de l'AME

Définition

L'AME est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière et précaire de bénéficier d'un accès aux soins. Elle peut aussi être accordée, exceptionnellement, à titre humanitaire.

Fondement juridique

L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946¹ définit le principe d'un droit à la protection de la santé. La Convention européenne des droits de l'homme, entrée en vigueur le 3 septembre 1953, constitue la principale source de droit applicable aux soins portés aux étrangers en situation irrégulière. La Cour européenne des droits de l'homme s'est fondée sur ses articles n° 2 (droit à la vie) et n° 3 (interdiction de la torture) pour souligner que :

- Les hôpitaux publics et privés doivent prendre les précautions nécessaires pour protéger la vie des patients (y compris les étrangers en situation irrégulière) ;
- L'expulsion d'un étranger atteint d'une maladie grave vers un pays où les moyens de traitement sont inférieurs à ceux disponibles ne peut porter atteinte à l'article n° 3 que dans des cas très exceptionnels.

Faisant appel à l'universalisme proportionné permettant d'agir sur les inégalités de santé et d'accès aux soins, l'AME a été créée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 concernant la Couverture maladie universelle (CMU). Celle-ci a succédé à l'Aide médicale départementale (AMD) qui prenait en charge l'ensemble des personnes en situation précaire.

¹ Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946. Alinéa 11. « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

Le dispositif de la CMU ne prenait pas en compte les étrangers en situation irrégulière. De ce fait, il a été nécessaire de prévoir pour eux, une solution spécifique, justifiant l'institution de l'AME. Son financement a été attribué à l'État, alors que celui de l'AMD était supporté par les départements.

Objectifs de l'AME

Un dispositif destiné à lutter contre les exclusions

L'AME s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions, mais également dans celui de la non-discrimination telle qu'elle est définie aux articles 225-1 et 225-2 du Code pénal, interdite par la loi. Le principe de non-discrimination figure par ailleurs parmi les premiers principes du code de déontologie médicale. Elle s'inscrit également dans le cadre de la protection de la population contre des risques sanitaires « importés ».

Réalité de l'AME

Conditions de résidence et de ressources

L'AME est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Pour la demander, un dossier est à remplir. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour 1 an à partir de la date de dépôt de la demande. Le renouvellement doit être demandé chaque année.

NB : l'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.

Qui peut bénéficier de l'AME ?

Le ressortissant étranger en situation irrégulière en France (hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable) remplissant les conditions suivantes :

- Résidant de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois en France (métropole et départements d'outre-mer, excepté Mayotte où l'AME n'est pas applicable) ;
- Disposant de ressources ne dépassant pas un certain plafond (le même que celui de la Complémentaire santé solidaire (ex : CMU-C et ACS)).

Si le ressortissant étranger a des personnes à charge, elles peuvent, elles aussi, bénéficier de l'AME, telles :

- Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- Ses enfants à charge (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

Si le ressortissant étranger est retenu, maintenu ou en instance de reconduite à la frontière dans un centre de rétention administrative (CRA) il peut être admis à l'AME pour bénéficier de soins si son état de santé le nécessite.

Lorsque le ressortissant étranger est libéré après une détention, il peut bénéficier de l'AME dès lors qu'il remplit les conditions de résidence stable en France et de ressources.

NB : les membres de la famille résidant à l'étranger et qui sont en visite en France n'ont pas le droit à l'AME au titre de personnes à charge. Mais ils peuvent demander l'AME à titre humanitaire en cas de nécessité ou via un dispositif de soins internationaux, si un accord existe entre leur pays d'origine et la France.

Droits ouverts par l'AME

L'AME donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale : tarif sur la base duquel s'effectue le calcul pour le remboursement d'un acte médical par l'Assurance maladie, appelé aussi tarif de responsabilité. Le bénéficiaire n'a pas à avancer les frais.

Pour les mineurs, les frais médicaux restent pris en charge à 100 % dans tous les cas.

Les personnes à sa charge (personne avec laquelle le bénéficiaire vit en couple : mariage, Pacs ou concubinage (union libre), enfants de moins de 16 ans (ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études) peuvent aussi bénéficier de l'AME.

Les frais médicaux suivants ne sont pas pris en charge :

- Acte technique, examen, médicament et produit nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation ;
- Médicament à service médical rendu faible remboursé à 15 % ;
- Cure thermale.

NB : certains soins et traitements non urgents ne sont pris en charge qu'au bout d'un délai de 9 mois après l'admission à l'AME pour tout nouveau bénéficiaire ou pour celui qui n'a pas bénéficié de l'AME depuis plus d'un an.

Conditions d'attribution

La personne qui demande l'AME doit remplir 3 conditions pour en bénéficier :

- Justifier de son identité ;
- Justifier de la stabilité de sa résidence ;
- Remplir les conditions de ressources.

Elle doit résider en France depuis plus de 3 mois et ne pas avoir de titre de séjour depuis plus de 3 mois. Si la situation de séjour en France de la personne se régularise, elle aura droit à l'assurance maladie [compte tenu de son activité professionnelle ou de sa résidence stable et régulière](#).

Les enfants mineurs bénéficient sans délai de l'AME même s'ils ne remplissent pas la condition de plus de 3 mois en France.

La personne doit percevoir des ressources (celles des 12 derniers mois) ne dépassant pas certains plafonds. [Plafond de ressources pour l'accès à l'AME](#). Ces plafonds sont différents en métropole ou dans les Dom : Guadeloupe - Guyane - Martinique - Mayotte - La Réunion.

Bénéficiaires et poids financier

Extrait du [Rapport de l'IGAS / IGF 2019](#)

« Fin 2018, 318 106 étrangers en situation irrégulière bénéficiaient de l'AME. Le nombre de bénéficiaires est stable depuis 2015, à la différence du nombre des demandeurs d'asile, bénéficiaires de la Protection universelle maladie (PUMa), qui augmente rapidement. Le bénéficiaire type de l'AME est un homme entre 30 et 34 ans, vivant seul. Plus de la moitié des bénéficiaires sont rattachés à une caisse primaire d'assurance maladie d'Île-de-France. L'Afrique représente plus de deux tiers des bénéficiaires et l'Algérie est le premier pays en termes de ressortissants.

Le coût total de l'AME (droit commun et soins urgents) s'élevait à 904 M€ en 2018. Il s'est accru de 1,4 % par an sur les cinq dernières années. Néanmoins ce coût total, et son évolution, sont sans doute sous-évalués en raison (i) de la complexité des procédures administratives opposées aux hôpitaux pour obtenir le remboursement des soins aux étrangers en situation irrégulière et (ii) de la non prise en compte des frais de gestion. Par ailleurs, la dépense de soins des demandeurs d'asile est estimée par la mission à plus de 200 M€.

Deux tiers de cette dépense de soins sont représentés par les soins hospitaliers ».

Transformation de l'AME en AMU

Texte adopté au Sénat le 15 mars 2023

L'amendement adopté au Sénat en commission des lois vise à remplacer l'AME, destinée aux étrangers en situation irrégulière, par une Aide médicale d'urgence (AMU).

Extrait : « Le présent amendement vise à remplacer l'aide médicale d'État (AME), accessible aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire depuis plus de trois mois et sous condition de ressource, par une aide médicale d'urgence (AMU) centrée sur la prise en charge des situations les plus graves et sous réserve du paiement d'un droit de timbre. Le ministre chargé de l'action sociale conserverait néanmoins sa faculté d'accorder l'AMU par décision individuelle afin de pouvoir répondre aux situations exceptionnelles. »

Cet amendement prévoit notamment de :

- Réduire le périmètre des soins prise en charge à l'urgence :
« Art. L. 251-2. – I. - La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :
« 1° La prophylaxie et le traitement des maladies graves et des douleurs aiguës ; « 2° Les soins liés à la grossesse et ses suites ; « 3° Les vaccinations réglementaires ; « 4° Les examens de médecine préventive.
- Réinstaurer un droit annuel d'enregistrement : « Art. L. 251-1. - Tout étranger résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du même code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge, à l'aide médicale d'urgence, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge, d'un droit annuel dont le montant est fixé par décret ».
- Permettre des exceptions, notamment pour les soins des enfants et la prise en charge des maladies contagieuses.

Position du Comité éthique de la FHF

Dans le cas de la transformation de l'AME en AMU :

- Impossibilité de définir l'urgence
 - La question principale réside dans la définition de l'urgence qui est de fait impossible. Les rapporteurs Évin/Stéfanini dans leur rapport à paraître indiqueraient « s'opposer fermement à faire la distinction entre soins urgents et non urgents, car c'est une distinction que même les médecins peinent parfois à faire ».
- Recours à l'hôpital pour des soins non programmés et in fine plus coûteux
 - Les pathologies subaiguës ont toutes les chances de se retrouver urgentes, plus graves, plus contagieuses et plus coûteuses à terme. Comment considérer par exemple, le cancer ou la pathologie psychiatrique, l'urgence asthmatique ou un diabète non soigné ?

« L'AME répond en premier lieu à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense. Elle n'est pas un outil de politique migratoire ».

Position du Comité éthique de la FHF

Supprimer l'AME, et donc les soins à prodiguer, engendrera des problèmes sanitaires majeurs et un impact sur la santé publique.

- Risque de recrudescence des maladies infectieuses, propagation des épidémies : ex : recrudescence de la tuberculose ;
- Nomadisme médical contraint pour le malade : ex : dialyses en urgence ;
- Développement de pathologies psychiatriques ;
- Impact du renoncement aux soins sur le système de santé en général ou d'accès aux urgences ;
- Risque d'aggravation d'une maltraitance², fragilisant tout autant les nombreux établissements sollicités en urgence que les professionnels de santé dédiés à ces populations dans leurs conditions de travail. En effet, les professionnels de santé au sein des établissements hospitaliers, qui sont ceux qui accueillent majoritairement les personnes relevant de l'AME, seront pris dans des dilemmes paradoxaux entre leur déontologie, soigner tous ceux qui en ont besoin, et les injonctions juridico-administratives leur interdisant de le faire ou restreignant considérablement leur possibilité d'intervenir. Cette situation ne pourra alors qu'aggraver leur malaise et les amener encore davantage à s'interroger sur le sens de leur engagement.
- Rupture déontologique avec un éloignement des droits et des soins des personnes les plus précaires.
- Risque d'agressivité et de violences de la part des personnes exclues.

Impact économique

D'un point de vue économique, les prises en charge tardives hospitalières des pathologies sont particulièrement coûteuses : davantage d'urgences, de besoins de soins liés à des états de santé encore plus détériorés.

Position du Comité éthique de la FHF

- Risque de pathologies acutisées, qui in fine coûteraient davantage à la société pour des soins réalisés en situation d'urgence vitale et donc de qualité très dégradée par rapport à une prise en charge normale. Par exemple : La réalisation en urgence d'une hémodialyse avec une journée d'hospitalisation en soins intensifs néphrologiques ou en réanimation coûte respectivement 2 932 € et 4 628 €, alors qu'une prise en charge en centre de dialyse chronique est estimée à 301 € en centre lourd et 265 € en unité de dialyse médicalisée.

² La définition de la maltraitance retenue par la HAS est celle du Conseil de l'Europe de 1987 : Une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

Impact sur l'hôpital

L'AME permet à l'hôpital de ne pas aggraver son déficit. Le report sur l'hôpital des patients en retard de soins aura pour conséquence, un report du budget de l'AME sur les finances hospitalières, aggravant d'autant ses déficits. La suppression de l'AME entraînerait un déport de soins d'hospitalisation vers le dispositif de « soins urgents ».

Impact éthique

D'un point de vue éthique, l'impact serait extrêmement fort sur les valeurs du soin (accès aux soins pour tous) et des soignants (devoirs d'humanité). Par ailleurs, la suppression de l'AME générera des tensions éthiques pour ces derniers risquant d'aggraver la crise actuelle et majorant d'autant la souffrance éthique des soignants.

Le comité éthique de la FHF rappelle : la santé est un bien commun et l'accès aux soins de toutes et tous est la meilleure protection pour chacun.

Il est illusoire de penser que l'ensemble des professionnels refusera de soigner des personnes dans le besoin. Le risque est de voir se développer une médecine clandestine, beaucoup plus à risques pour les bénéficiaires que pour ceux qui la pratiquent.

Pistes de réflexion

- Éclairer les modalités de fonctionnement des mécanismes de l'AME ;
- Prendre en considération les catégories de malades : certains viennent en France pour se faire soigner tandis que d'autres y vivant déjà ont des pathologies à soigner ;
- Tendre vers des modalités de prise en charge équilibrées dans les territoires (ex : dialyse / greffe rénale) ;
- Redéfinir la liste des bénéficiaires précaires pouvant prétendre à l'AME : immigrés, migrants, sans papier, SDF et travailleurs pauvres ;
- Clarifier les données concernant le nombre de personnes bénéficiaires et le coût financier ;
- Renforcer les contrôles sans pour autant remettre en cause de l'AME ;
- Lutter contre la fraude, les abus et les filières mafieuses d'immigration sanitaire ;
- S'interroger sur le panier de soins notamment pour les pathologies à risque : faut-il exclure un certain nombre de soins extrêmement onéreux ou qui reposent sur des ressources rares ? ;
- Évaluer le délai de 3 mois : doit-il être revu ?

Conclusions

Accepter la suppression de l'AME, c'est rompre une digue symbolique, dans le traitement des malades précaires et s'engager dans un détricotage d'un dispositif tant social que de santé publique. Cela risque d'affaiblir, d'une part, la réponse sociale à un enjeu d'égalité d'accès aux soins et, d'autre part, l'ajustement sanitaire visant à assurer une meilleure santé à l'ensemble de la collectivité.

Tout l'enjeu est de faire comprendre au grand public ce qu'est l'AME et de faire entendre d'autres voix, notamment celles de santé publique ou de leaders d'opinion par le biais de tribunes et d'articles.

Quelles que soit les résolutions, il s'agit de choix éthiques qui pèseront sur l'hôpital, en général, et le personnel soignant, en particulier. Le système de soins sera confronté à une attaque de la probité des professionnels de santé et du secteur social soumis à une vision de moins en moins humaine des soins au risque, une fois encore, d'accroître la souffrance éthique des soignants. La santé a un coût bien sûr, mais supprimer l'AME aura également des répercussions désastreuses tant pour les plus fragiles d'entre nous que la santé publique globale. Enfin, la supprimer est un choix de nature à altérer l'image de la France, terre d'accueil et des droits de l'homme.