

25 octobre 2010

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2011 AIDE MEDICALE D'ETAT (AME)

Les associations s'opposent à la suppression de l'accès aux soins des sans-papiers les plus démunis

Le Parlement s'apprête, comme tous les ans, à voter le budget annuel consacré aux différentes aides sociales au sein du budget global de l'Etat (loi de finances). L'Aide Médicale d'Etat (AME) fera l'objet de nouvelles attaques comme l'instauration d'un droit d'entrée de 30 euros par an.

Les associations demandent que l'accès gratuit à la couverture santé AME soit conservé dans l'attente d'une généralisation de la CMU pour toutes les personnes à très bas revenus, y compris les sans-papiers.

L'accès aux soins est un droit fondamental et universel. Toute mesure qui contribue à réduire l'accès de tous à la santé est contraire au respect des droits fondamentaux de niveau constitutionnel, international et européen. Elle porte aussi atteinte à la dignité individuelle et exclue les étrangers de la communauté humaine. Elle s'avère, de plus, contre-productive en termes de santé publique, tant d'un point de vue médical qu'économique.

- ▶ **Repères**
- ▶ **Pourquoi les amendements du PLF sur l'AME doivent être repoussés**
- ▶ **Quatre questions sur l'AME**
- ▶ **Pour en savoir plus**

REPERES

I. QU'EST-CE QUE L'AME ?

- L'Aide Médicale d'Etat est la couverture santé des sans-papiers pauvres.
- L'AME est soumise à de nombreuses conditions cumulatives, principalement :
 - a) vivre en France de façon permanente et habituelle,
 - b) prouver une ancienneté de présence de trois mois,
 - c) être très pauvre (revenu de moins de 634 euros par mois).

Il faut évidemment justifier de son identité et de toutes les conditions requises.

L'AME est une prestation d'aide sociale prévue par la loi dans le Code de l'action sociale et des familles et financée par l'impôt : son financement ne relève pas du budget de la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux, ils ne bénéficient pas de l'Assurance maladie et n'ont donc pas de carte Vitale.

Les sans-papiers qui n'obtiennent pas l'AME (manque de preuves de résidence, dépassement du seuil de 634 euros, etc.) n'ont aucune couverture santé ni pour eux ni pour leurs enfants : ils doivent prendre en charge 100% des coûts (consultations, médicaments, etc.).

Enfin, les étrangers gravement malades qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine devraient, de par la loi, obtenir un permis de séjour et donc relever de la sécurité sociale. Ils ne devraient pas relever de l'AME.

II. A QUOI SERT L'AME ?

Comme toute prestation d'aide sociale, elle est réservée aux seules personnes démunies et vise à financer des services que les personnes ne peuvent pas payer car elles sont en situation économique de survie.

L'AME permet à son titulaire d'être pris en charge à 100% du tarif sécurité sociale en secteur I, sans avance de frais, mais le panier de soins est plus réduit que celui de la CMU-complémentaire : la prise en charge par l'AME, pour les adultes comme pour les enfants, des prothèses dentaires et des lunettes, réduite au niveau extrêmement bas de la sécurité sociale, ne leur permet pas d'en bénéficier à la différence des bénéficiaires de la CMU-C.

III. COMMENT EN EST-ON ARRIVE A UNE COUVERTURE MALADIE SPECIFIQUE POUR LES SANS-PAPIERS PAUVRES ?

- Les étrangers en situation irrégulière ont bénéficié de la couverture santé de droit commun dans des conditions identiques aux Français, soit en tant que personnes démunies depuis 1893 (création de l'aide médicale gratuite), soit comme travailleurs, aucun titre de séjour n'étant demandé pour être affilié à la Sécurité sociale de sa création en 1945 à 1993.
- En 1993, la réforme « Pasqua » sur l'immigration a exclu les sans-papiers de toutes les prestations sociales à l'exception de l'aide médicale. Les sans-papiers démunis ont donc conservé l'aide médicale aux côtés des autres démunis.
- En 1999, les personnes démunies ont toutes quitté le système d'aide médicale (complexe, tantôt départementale tantôt d'Etat) pour être intégrées à l'Assurance maladie généralisée à toute la population active et inactive grâce à la réforme CMU. Toutes, sauf les sans-papiers démunis qui sont restés seuls dans l'aide médicale d'Etat.

L'aide médicale est donc passée, en 1999, d'un système de couverture santé des démunis à un système de couverture santé pour les seuls étrangers démunis sans titre de séjour.

IV. CHIFFRE CLES

1. Nombre de bénéficiaires de l'AME

Sources : Cnamts, DSS, Igf-Igas

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Effectifs	73 337	125 376	145 394	170 316	146 297	170 584	191 058	194 615	202 503	215 764

Par année au 31 décembre

Inclus les départements d'outre-mer et membres de familles bénéficiaires

Pourquoi le nombre de bénéficiaires a récemment augmenté ?

Entre 2008 et 2009, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 6,5%.

- Cette hausse trouve ses origines dans le passage de nombreux ressortissants de l'Union Européenne de la CMU à l'AME. En effet, jusqu'en 2008, les citoyens européens pauvres pouvaient être affiliés à l'Assurance maladie avec CMU complémentaire. Depuis, les citoyens européens sans couverture maladie ni revenus suffisants sont

maintenant considérés comme étant en situation irrégulière (souvent des Roumains et des Bulgares). Ils ont donc perdu leur droit à la sécurité sociale et ne peuvent plus obtenir que l'AME.

- Les entraves et les refus par les préfetures de régularisation d'étrangers gravement malades qui ne peuvent pas avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine (comme le prévoient pourtant les dispositions sur la carte de séjour « vie privée et familiale pour raisons de santé ») ont aussi pour effet de reporter sur l'AME les frais d'hospitalisation de malades qui devraient normalement bénéficier de l'Assurance maladie.
- Plus généralement, la précarité administrative suscitée par les nombreuses réformes des lois sur l'immigration tend à accroître le nombre de personnes non-régularisées.

2. Dépense par consommant

Sources : Igf-Igas 2007

Les dépenses moyennes par consommant étaient en 2005 de 1808 euros pour un bénéficiaire de l'AME contre 1768 euros pour un assuré au régime général.

La dépense annuelle moyenne était donc équivalente à celle d'un assuré social.

Le fait est d'autant plus marquant que les pathologies graves sont surreprésentées parmi les bénéficiaires de l'AME¹ : la structure, en volume, des motifs de séjours s'est déformée en 2009 au profit, notamment, des pathologies liées au système nerveux (+ 51%), à la cardiologie (+ 35%) et au VIH (+29%)².

Quant à l'écart, comme le montre le rapport IGAS-IGF de mai 2007 (rapport Gissler), il s'explique principalement par **un recours plus prononcé à l'hôpital public** (près de 70 % de dépenses hospitalières) en raison d'un accès encore difficile à la médecine libérale. » (p.5 du rapport).

3. Dépenses globales

Sources : Cnamts, DSS, Igf-Igas

Rappelons que les dépenses de l'AME représentent 540 millions d'euros en 2009, soit moins de 0,3% des 160³ milliards d'euros de dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale.

Les dépenses globales ont augmenté entre 2008 et 2009 de 13,3%, il semble que cette augmentation perdure de 2009 à 2010.

Pourquoi les dépenses globales ont augmenté ces dernières années ?

La raison principale est **l'augmentation du nombre de bénéficiaires**, expliquée ci-dessus. Mais d'autres facteurs entrent en ligne de compte :

- la gravité des pathologies des étrangers qui n'ont pas réussi, malgré tout, à obtenir une régularisation pour raisons médicales ;
- deux effets de la tarification à l'acte (T2A) pour les hôpitaux participant à l'explication de l'augmentation des dépenses :
 - une amélioration par les hôpitaux du suivi des factures ;
 - une augmentation du tarif journalier de prestation (TJP) c'est à dire du prix d'un acte facturé par l'hôpital, prix imposé par les pouvoirs publics.

¹ Comparer les dépenses annuelles des bénéficiaires de l'AME avec les dépenses annuelles des assurés sociaux tend à surestimer les dépenses des sans-papiers. En effet, les enquêtes montrent qu'une grande partie des sans-papiers ne demandent le plus souvent l'AME qu'à l'occasion d'une maladie entraînant une consultation, et plutôt pour des pathologies importantes (rapports de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde). Une partie des sans-papiers (les « non consommant ») n'est donc pas comptabilisée alors que tous les assurés sociaux et leurs ayants droits sont comptabilisés dans l'assurance maladie même ceux qui ne consultent pas une année donnée.

² CNAMTS données 2009 mars à novembre.

³ 158,9 milliards (*Comptes nationaux de la santé 2009*, Drees, septembre 2010), auquel on peut ajouter 1,8 milliards pour la CMU-C

Pourquoi les amendements du PLF sur l'AME doivent être repoussés

1. Un droit d'entrée à 30 euros serait une mesure injuste, dangereuse et coûteuse

Une mesure inéquitable et injuste

Instaurer un droit d'entrée à l'AME de 30 euros ferait peser sur le segment le plus pauvre de la population un nouveau prélèvement sous la forme d'un droit d'entrée qui n'est exigé d'aucune autre catégorie sociale. Les personnes couvertes par l'Aide Médicale d'Etat font partie des personnes les plus pauvres, celles qui ont les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes, en premier lieu le logement et la nourriture, pour elles et leur famille. Pour repousser cette dépense de 30€ qui représente au minimum 5% de leurs revenus mensuels (qui ne peuvent dépasser 634 euros), beaucoup d'entre elles retarderaient leur entrée dans le dispositif.

A revenu équivalent, les bénéficiaires de l'assurance maladie et de la complémentaire-CMU n'ont pas de « droit d'entrée » à payer, ni de reste à charge dans la prestation.

De plus, les bénéficiaires de l'AME participent, comme tout résident, au financement de leur couverture santé. Ils ne sont en effet nullement dispensés du paiement des prélèvements obligatoires que sont les impôts de toute nature (dont la TVA, la fiscalité locale, les impôts sur le revenu,...), ni parfois des cotisations sociales. Dans ce contexte, le « ticket d'entrée » est une remise en cause inédite d'un principe fondateur de l'aide sociale de notre pays, selon lequel les secours aux démunis sont seulement conditionnés par le besoin de soins et non par leur contribution.

Une mesure dangereuse pour la santé publique

Imposer une charge financière à des personnes disposant de très faibles ressources incite au report, voire au renoncement aux soins, en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente, et sans véritable garantie sur la rationalisation des coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et dégénéreront en complications graves et coûteuses.

Une mesure sans impact positif sur les finances publiques

Non seulement un droit d'entrée représenterait un frein aux soins pour les plus pauvres, mais en plus il n'a aucun effet positif sur les finances publiques : le surcoût entraîné par les retards de prise en charge ainsi que les frais de fonctionnement pour collecter cette somme réduiraient à néant les bénéfices escomptés de l'ordre de 6 millions d'euros (rapportés aux 543 millions du budget global de l'AME pour les 216 000 personnes couvertes).

2. La limitation des soins pris en charge aux seuls soins urgents et vitaux est totalement contraire aux intérêts sanitaires et économiques de toute la population

Un encouragement aux prises en charge tardive

Les effets délétères d'une telle mesure sont similaires mais amplifiés par rapport à ceux concernant l'instauration d'un droit d'entrée à trente euros. Plus personne aujourd'hui ne peut nier les effets positifs de la médecine préventive, d'un suivi régulier par un médecin traitant, de l'intérêt thérapeutique de l'accès aux soins avant la dégradation de l'état de santé. Le seul accès aux soins « urgents et vitaux » entraîne l'impossibilité de tout suivi en centres de santé et en médecine libérale dont les dépistages précoces (vaccinations entre autres, ...). Cela incite au report, voire au renoncement aux soins, en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente. De plus c'est un contresens en terme de rationalisation des coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et dégénéreront en complications graves et coûteuses. Nos associations, impliquées au quotidien auprès des sans-papiers, observent déjà qu'ils hésitent à consulter, renoncent souvent aux soins, plus encore que les autres personnes vivant dans la précarité.

Une mesure contraire à la santé publique

Dans leur rapport d'enquête de 2007, l'Inspection générale des Finances et l'Inspection générale des affaires sociales concluaient « à la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge. [La mission] écarte une restriction de l'AME aux seuls soins urgents ou à un panier de soins qui serait à définir, ainsi que la mise en œuvre d'un ticket modérateur ».

3. Limiter la durée des droits à 3 mois serait une mesure ingérable et délétère

Un coût de contrôle élevé

Le droit à l'AME est actuellement valable pour une durée d'un an renouvelable : tous les ans, il faut apporter toutes les preuves nécessaires pour l'obtenir (revenus en-dessous du seuil de 634€ identique à celui de la CMU, preuves de présence de plus de 3 mois et de résidence sur le territoire français). Ce renouvellement tous les ans a déjà un coût de gestion (personnel mobilisé, instruction, etc ...) et les délais d'instruction sont bien souvent supérieurs à trois mois. Le rendre trimestriel multiplierait inmanquablement les coûts et amènerait à la délivrance de droits déjà caduques.

Des prises en charge interrompues

Les difficultés d'accès à l'AME sont déjà sources de ruptures au moment du renouvellement annuel. Une ouverture de droit trimestrielle conduirait à une segmentation encore plus forte des droits ayant pour conséquence des discontinuités graves dans les soins et la prévention.

Une telle mesure conduirait à un renoncement pur et simple des demandes face à des démarches insurmontables, à renouveler sans cesse.

4. Le dépôt des demandes en préfecture signifierait la fin de l'AME

Substituer les préfectures aux Caisses d'assurance maladie pour le dépôt (et l'instruction) des demandes d'AME introduit une confusion des rôles et des missions contraire à une politique de santé efficace.

Une administration inadaptée

La préfecture ne doit pas être chargée de l'instruction des droits sociaux de la population.

Contraindre les demandeurs d'AME, forcément dépourvus de titre de séjour, à se déplacer en Préfecture pour protéger leur santé grâce à l'AME revient à les dissuader d'effectuer la démarche en raison des risques d'interpellations.

Une mesure qui dégraderait le service public

Cette mesure entraînerait une lourde charge financière, par exemple pour la formation du personnel dont la protection maladie n'est pas le métier alors que des agents ont été formés dans les CPAM. Cela ne pourrait qu'encombrer les guichets déjà surchargés des préfectures.

Une politique de santé efficace nécessite que les étrangers sans titre de séjour puissent accéder en premier lieu aux structures sanitaires et sociales qui dépendent du ministère de la santé.

Quatre questions sur l'AME

1. Est-ce que les étrangers en situation irrégulière sont mieux lotis en matière de couverture santé que les français ?

Non, au contraire et ce, pour plusieurs raisons :

- l'Aide Médicale d'Etat est « réservée » aux étrangers en situation irrégulière qui disposent de moins de 634 euros par mois. Elle permet la prise en charge à 100% des tarifs de sécurité sociale, évite les avances de frais pour les dépenses de soins à l'hôpital ou en médecine libérale. Aujourd'hui, 216 000 personnes bénéficient de l'AME.
- Les personnes françaises et étrangères en situation régulière qui ont moins de 634 euros par mois ont accès gratuitement à l'Assurance maladie et à sa couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La CMU-C concerne plus de 4 millions de personnes. La CMU-C permet également la prise en charge à 100% dans la limite des tarifs de sécurité sociale et la dispense des franchises, tickets modérateurs et autres forfaits (hospitalier notamment).
- La couverture maladie (le panier de soins) garanti au bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat est plus faible que celle d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire : les bénéficiaires de l'AME, ainsi que leurs enfants, ne bénéficient pas d'une prise en charge effective des prothèses dentaires et des lunettes, à la différence des bénéficiaires de la CMU-C.

Les étrangers en situation irrégulière ont donc, à revenu équivalent, une moins bonne couverture maladie que les assurés français.

- En outre, l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME est rendu particulièrement difficile en raison de nombreux refus de soins (même pour des soins importants), encore plus fréquents que pour les bénéficiaires de la CMU-C⁴.

2. Est-ce que l'AME est un dispositif hors de contrôle ?

- Le Rapport IGAS-IGF de mai 2007 (rapport Gissler) indique le contraire :
 - « La gestion de l'AME par la Cnamts est dans l'ensemble satisfaisante » (p.28)
 - « La procédure d'ouverture des droits est gérée rigoureusement par les hôpitaux et les CPAM » (p.28)
 - « L'AME représente une dépense mal maîtrisée seulement en apparence » (p.14)
- L'AME est un dispositif balisé et contrôlé. Les textes sont précis et connus : il s'agit de la loi (Code de l'action sociale et des familles), des règlements (deux décrets du 28 juillet 2005), d'une circulaire du Ministère et d'instructions de la Caisse nationale d'Assurance maladie.
Les contrôles de l'ensemble du dispositif se succèdent par l'Inspection générale des finances et des affaires sociales (Rapport Mercereau, février 2003 ; Rapport Gissler, mai 2007 ; 2010 attendu pour cet automne) et par le Parlement (Mission d'évaluation et de contrôle, 2010).
- Les contrôles d'identité, de ressources et de résidence sont annuels. L'attribution de l'AME relève d'un organisme unique (la caisse primaire d'assurance maladie) sous le contrôle de l'Etat (Direction départementale de la cohésion sociale) et du juge (Commission départementale d'aide sociale).
- Il est d'ailleurs difficile d'obtenir l'AME. Les associations consacrent une partie importante de leur temps de travail à accompagner vers le droit à la santé et l'accès aux soins les bénéficiaires qui ont du mal à rassembler tous les éléments justificatifs nécessaires à son obtention. La procédure est très exigeante.

⁴ Rapport d'enquête de Médecins du Monde « Je ne m'occupe pas de ces patients » publié en 2006 et faisant état de 37% de refus de soins des médecins généralistes envers les bénéficiaires de l'AME versus 10% pour les porteurs de la CMU. Enquête « les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », DREES, Etudes et résultats n° 645, juillet 2008, démontrant que plus d'un tiers des bénéficiaires de l'AME ont été confrontés à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent pharmacien ou médecin ; Rapport 2007 de l'IGAS et l'IGF.

3. N'est-il pas trop coûteux d'accorder une protection à tous les étrangers en situation irrégulière alors que l'équilibre financier de la sécurité sociale n'est actuellement pas assuré ?

- Tout d'abord, il est important de noter que l'AME étant financée par l'Etat, elle ne fait pas partie du budget de la sécurité sociale.
- Au contraire, l'existence d'une couverture médicale en France pour les personnes en situation irrégulière permet à une population confrontée à des déterminants de santé tous négatifs (extrême pauvreté, mauvaise qualité des logements quand ils en ont, travail le plus à risque, de nuit, etc) d'avoir accès aux soins mais aussi à la prévention et à un suivi médical régulier. Elles peuvent donc se soigner au début de leur maladie, limitant ainsi la prise en charge par le système de soins de pathologies aggravées. L'Aide Médicale d'Etat a donc des effets positifs sur la santé individuelle et sur la santé publique. C'est donc aussi un dispositif permettant à la collectivité de réaliser des économies.
- Dans leur rapport d'enquête de 2007, l'Inspection générale des Finances et l'Inspection générale des Affaires sociales concluaient « à la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge. [La mission] écarte une restriction de l'AME aux seuls soins urgents ou à un panier de soins qui serait à définir, ainsi que la mise en œuvre d'un ticket modérateur ».

4. Est-ce que l'Aide Médicale d'Etat attire de nombreux étrangers qui viennent se faire soigner en France ?

L'Aide Médicale d'Etat est réservée aux personnes pouvant justifier d'une résidence habituelle et permanente en France ce qui exclut les étrangers de passage. L'ancienneté minimum de trois mois de présence en France a été ajoutée et doit être prouvée pour obtenir l'AME.

Rappelons que l'immigration thérapeutique est extrêmement marginale comme le montrent de nombreuses études :

- Selon une enquête menée par Médecins du Monde auprès de 1218 sans-papiers en Europe, seuls 6% citent la santé comme l'un des motifs de migration⁵.
- D'après une étude épidémiologique⁶ menée en France en 2002, seuls 9% des étrangers séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine, sans qu'on sache d'ailleurs combien sur ces 9% ont émigré pour raisons de soin.
- En 2009, le Comede (Comité Médical pour les Exilés), qui assure la prise en charge médico-psycho-sociale de près de 5 000 patients exilés par an, relève que 77% d'entre eux ont découvert leur maladie après leur arrivée en France, taux qui monte à 94% pour ce qui concerne le VIH-sida et les hépatites⁷.

⁵ Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009,

⁶ « Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-De-France », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2002, F. Lot et autres

⁷ Comede, *La santé des Exilés. Rapport d'activité et d'observation*, 2009, p.34

Contacts

Pierre CARPENTIER (Odse) : odse@lalune.org / 06 16 80 76 62

Didier MAILLE (Comede) : 06 82 17 31 25

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

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

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Textes, rapports officiels

- L'AME est encadrée par les articles L251-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles
- DREES, « les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, juillet 2008
www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er645.pdf
- IGAS/IGF, *Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat*, mai 2007
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000345/index.shtml>
- IGAS, *Rapport sur l'évolution de l'Aide médicale d'Etat*, février 2003
www.cnle.gouv.fr/.../Rapport_GUILLEMOT_Fevrier_2003_Evolution_de_l_AME.pdf

Sur l'état de législation et son application

- Le guide du Comede paru en 2008
<http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008->
- Les rapports d'observation de l'ODSE
<http://odse.eu.org/-Rapport-d-observation-annee-2008->

Sur l'architecture et historique du système de protection maladie pour les étrangers dont les sans papiers

- Adeline Toullier, Didier Maille, « les dix ans de la CMU », *Hommes et migrations*, n°1282, novembre-décembre 2009
- Adeline Toullier, « Aide médicale d'Etat : les droits sociaux fondamentaux bafoués », *Droit social*, n°11, novembre 2005
- « La réforme de l'AME », *Maux d'Exil*, n°9, mai 2004
<http://www.comede.org/IMG/pdf/mde9.pdf>
- Adeline Toullier, « La lente restriction des droits jusqu'au réformes CMU/AME », *Actes de la journée sur l'accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités*, GISTI, 2004

Sur l'évolution depuis 2000

- sur le site de l'ODSE sur les précédentes réformes de l'AME :
http://www.odse.eu.org/article.php3?id_article=28
- Didier Maille, Adeline Toullier, Pierre Volovitch, « L'Aide médicale Etat, comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, juillet/août 2005
- Groupe protection sociale du Gisti, « Santé : le traitement de la différence », *Hommes et migrations*, mai-juin 2000
<http://www.gisti.org/doc/presse/2000/gps/soins.html>