



BSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS

C/o Sida Info Service, 190 Bd de Charonne, 75020 PARIS
http://www.odse.eu.org et e-mail : odse@lalune.org

Monsieur Louis SCHWEITZER
Président de la HALDE
11, rue saint Georges
75009 PARIS

Paris, le 28 novembre 2006,

Monsieur le Président,

L'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, souhaite vous alerter sur les refus de soins des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (« AME »), par les professionnels de santé, les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les pharmaciens. La HALDE s'est récemment prononcée sur les refus de soins opposés à des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU). L'ensemble des principes énoncés à propos de la CMU étant également applicables à l'AME, nous sommes étonnés que la HALDE ne se soit pas prononcée au-delà du champ de la saisine du Comegas et du CISS, non pas seulement sur la CMU mais aussi sur l'AME. En effet, les problématiques sont identiques en matière d'AME, mais les pratiques discriminatoires sont d'une ampleur encore plus importante et certains praticiens tentent de légitimer leurs comportements.

Des refus de soins attestés

Nous vous sollicitons suite au récent rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins des plus démunis que Médecins du Monde¹ a présenté lors de la journée mondiale du refus de la misère, le 16 octobre dernier. L'association avait mené une enquête auprès de 725 médecins généralistes, pour "*mesurer le taux de refus de soins des médecins généralistes*" pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU. Il s'agit de la quatrième enquête depuis 2002 sur le refus de soins et de la plus large par le nombre de médecins testés (725) et de régions concernées (10 villes). Rendez-vous a été demandé début 2006 par téléphone au même médecin par 3 personnes ayant une couverture maladie différente, AME (étrangers en situation irrégulière et disposant de ressources inférieures à 587,16 euros mensuels), CMU (ressources inférieures à 587,16 euros mensuels) ou sécurité sociale plus complémentaire privée.

Les résultats sont accablants.

Près de 4 médecins sur 10 refusent les soins aux bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (AME) ou tentent de les dissuader de venir les consulter (37% dont 34% en secteur I et 59% en secteur II - tarifs libres). Près de 1 médecin sur 10 refuse ces soins aux patients relevant de la CMU (21% des généralistes de secteur 2 et 8% des généralistes de secteur 1).

¹ consultable in extenso sur : <http://www.medecinsdumonde.org/terrain/thematiques/observatoire>
Rapport sur l'enquête refus de soins « je ne m'occupe pas de ces patients » à consulter in extenso sur : <http://www.medecinsdumonde.org/publications/rapports>

Parmi ceux ayant refusé l'AME, 108 médecins ont émis un refus direct et 38 ont fait valoir de fausses indisponibilités, auxquels s'ajoutent 123 réponses dilatoires proposant des rendez-vous tardifs ou demandant une avance de frais. Les réponses des médecins peuvent être très directes : "l'AME me révolte", "je ne m'occupe pas de ces patients". D'autres sont plus embarrassées : "on ne peut pas vous prendre, allez à l'hôpital". Certains évoquent les difficultés de remboursement: "On n'est jamais payé, je ne vous prendrai pas, même malade", ou administratives: "je ne prends pas de nouveaux AME, car c'est trop compliqué", ou même "je ne suis pas agréé AME".

Ils sont moins nombreux à avoir refusé les patients ayant la CMU : 21 refus directs et 8 fausses indisponibilités, auxquels s'ajoutent 44 propositions de rendez-vous tardifs ou demandes d'avances de frais. Un refus direct de la CMU a été assorti d'un "ça ne m'intéresse pas", un autre "je ne prends que les CMU que je connais." Des réponses témoignent d'une méconnaissance du dispositif: "Il n'y a que les hôpitaux et les dispensaires qui la prennent".

Ces résultats ont donné lieu à de nombreux commentaires dans la presse². Ils viennent compléter l'étude menée par le Fonds de financement de la CMU qui faisait état des trop nombreux refus de soins à des patients couverts par la CMU et qui a donné lieu à une délibération n° 2006-232 de votre Haute autorité le 6 novembre dernier.

Des incitations à la discrimination

Le conseil départemental de l'ordre des médecins des Yvelines, dans sa lettre de septembre 2006³, justifie le fait de refuser, pour un praticien, de soigner un patient bénéficiaire de la CMU. Estimant que « la médecine libérale est une médecine de liberté », le docteur Frédéric Prudhomme, président de l'ordre, affirme que : « Les médecins ne refuseront pas de recevoir, lors d'une première demande de consultation, quiconque le leur demandera, comme ils s'y sont engagés par le serment d'Hippocrate. Mais au terme de ce premier entretien, le médecin doit demeurer libre de décider s'il accepte de prendre définitivement en charge le patient, ou s'il considère que les conditions imposées par cette prise en charge ne lui permettent pas de le faire. »

Il s'agit d'un véritable encouragement à refuser de prodiguer des soins aux patients CMU.

Un article paru dans Le Monde du 10 novembre 2006 précise qu'il aurait maintenu ses propos en les justifiant par le fait qu' " on ne peut pas demander aux médecins libéraux, au nom de la déontologie, d'assumer tous les problèmes sociaux de notre société. (...) Nous avons un système hospitalier, qui fonctionne bien, pourquoi ne prendrait-il pas en charge les plus pauvres ? " Et le journaliste de poursuivre en citant le docteur Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) : " Nous sommes partisans d'une médecine libérale et sociale et nous condamnons l'attitude des confrères qui refusent de recevoir des patients CMU. Mais il faut bien voir que ces médecins ont leurs raisons. "

Parmi les motifs invoqués pour expliquer les refus de soins figure en priorité la question financière. Les médecins de secteur 2 étant contraints de pratiquer les tarifs de la sécurité sociale quand ils reçoivent des patients CMU, certains rechignent à multiplier ces consultations qui font baisser leur chiffre d'affaires.

L'argument financier ou administratif ne saurait suffire à justifier la discrimination dont font l'objet les personnes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

Ce n'est pas parce que les plaintes individuelles pour refus de soins CMU ou AME sont exceptionnelles auprès des Conseils de l'ordre ou de votre Haute autorité, que ces pratiques n'existent pas. L'absence ou le

² notamment dans :

Libération du 17 octobre 2006 : <http://www.liberation.fr/actualite/societe/211049.FR.php>

Le Monde du 16 octobre 2006 : www.lemonde.fr/web/article/0,1-0@2-3226,36-824233@51-824256,0.html

Actualités sociales hebdomadaires : <http://www.ash.tm.fr/front/infos.php?id=15825>

News.yahoo du 16 octobre 2006 : <http://fr.news.yahoo.com/16102006/202/37-des-medecins-refusent-ou-tentent-de-dissuader-les-patients.html>

Lien social n°814 du 26 octobre 2006 : http://www.lien-social.com/article.php3?id_article=1471

³ « le médecin des Yvelines » n°42 septembre 2006

faible nombre de ces signalements s'explique aisément par l'extrême précarité des intéressés. Comme le soulignait le docteur Foucras dans la saisine qu'il a adressée à votre Autorité à propos de la CMU : « *La plupart des patients CMU n'ont ni le temps, ni les moyens d'engager des démarches, ils préfèrent se concentrer sur la recherche d'un médecin plus conciliant. Pour eux, se voir opposer un refus de soin, c'est malheureusement une exclusion qui s'ajoute aux autres.* » Il en va de même pour les bénéficiaires de l'AME.

Ces refus de soins de la part de nombreux professionnels de santé violent le droit à la santé pour tous, sans discrimination ni sociale ni d'origine, protégé par de nombreux textes de rang constitutionnel, international ou légal.

Des violations du droit à la protection de la santé pour tous, consacré par des normes constitutionnelle et légales

Comme le collège de la Haute autorité l'a relevé dans délibération n°2006-232 du 6 novembre 2006, de telles pratiques discriminatoires de refus de soins des personnes les plus précaires sont contraires à plusieurs normes constitutionnelles et légales :

- Le onzième alinéa du **Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946** dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* ».

Le Conseil constitutionnel a qualifié, dès 1975, ce droit de principe à valeur constitutionnelle. Le droit à la protection de la santé est doublement consacré par la jurisprudence du Conseil constitutionnel : sous l'angle de la protection de la santé publique et sous celui de la protection du droit à la santé de chaque individu.

- Aux termes de **l'article 67 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998** d'orientation relative à la lutte contre les exclusions « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique* ». A côté de la CMU, le dispositif de l'aide médicale d'Etat traduit ce droit.

- Selon les dispositions de **l'article 1110-3 du code de la santé publique** « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins* ».

- En ce qui concerne les médecins : il convient de rappeler qu'aux termes de l'alinéa 1^{er} de l'article 7 du code de déontologie médicale, dont les dispositions sont reprises à **l'article R 4127-7 du code de la santé publique**, un principe général de non discrimination est énoncé « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ». Par conséquent, le refus d'accès aux soins opposé par les professionnels de santé aux bénéficiaires de l'AME constitue une violation des principes déontologiques.

- En ce qui concerne les chirurgiens dentistes, il convient de souligner **l'article R. 4127-202 du code de la santé publique** qui précise que : « *Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.* » et de rappeler que **l'article R. 4127-210** cite le principe libre choix du chirurgien-dentiste par le patient parmi les principes fondamentaux de l'art dentaire. Enfin, il faut surtout rappeler qu'en vertu de **l'article R. 4127-211** : « *Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* »

- En ce qui concerne les pharmaciens, il convient de souligner qu'en vertu de **l'article R4235-2 du code de la santé publique**, « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.* », que **l'article R4235-6** précise que « *Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art.* » et que **l'article R4235-21** interdit « *aux pharmaciens de porter atteinte au libre choix du pharmacien par la clientèle.* ». Il faut également mentionner que **l'article R4235-34** « *Tous les pharmaciens inscrits à l'ordre se doivent mutuellement aide*

et assistance pour l'accomplissement de leurs devoirs professionnels. En toutes circonstances, ils doivent faire preuve de loyauté et de solidarité les uns envers les autres. »

▪ Transposant la directive 2000/43/CE « racisme » du 29 juin 2000, **l'article 19 de la loi du 30 décembre 2004 portant création de la HALDE** a posé le principe selon lequel : « *en matière de protection sociale, de santé (...) chacun a droit à un traitement égal, quelles que soient son origine nationale, son appartenance ou non-appartenance vraie ou supposée à une ethnie ou une race* » (L. 30 déc. 2004 : JO 31 déc., art. 19).

Dans la mesure où la catégorie des bénéficiaires de l'AME est constituée exclusivement d'étrangers démunis et en situation irrégulière au regard du séjour, il ne fait aucun doute qu'il s'agit d'une discrimination fondée sur l'origine nationale de la personne, corrélée à l'origine sociale (puisque l'AME est soumise à un plafond de ressources et est destinée à des populations en situation irrégulière par essence dans une situation précaire).

Dès lors, tout refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de l'AME est en opposition avec les mesures et les objectifs fixés au législateur par les textes internationaux et la loi elle-même et constitue donc une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux de la France.

On peut ajouter :

Des violations du principe de non-discrimination garanti par des normes internationales

De nombreuses normes internationales garantissent à toute personne, sans discrimination fondée sur l'origine nationale, ou sur la situation administrative au regard du séjour, le droit à bénéficier de l'accès à la sécurité sociale et aux soins dans les mêmes conditions.

▪ L'article 12 du **Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**, engage les Etats à reconnaître « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ».

▪ Le **Pacte international relatif aux droits civils et politiques** du 19 décembre 1966 porte, en son article 2 paragraphe 1, porte que les Etats parties « *s'engagent à respecter et à garantir à tous les individus se trouvant sur leur territoire et relevant de leur compétence les droits reconnus dans le présent pacte, sans distinction aucune, notamment de (...), d'origine nationale (...), de naissance ou de toute autre situation* ».

L'article 26 dispose quant à lui que : « *Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. A cet égard, la loi doit interdire toute discrimination et garantir à toutes les personnes une protection égale et efficace contre toute discrimination, notamment de race, de couleur, (...) de langue, (...) d'origine nationale ou sociale [...]* ».

Compte tenu de l'existence de l'article 2 paragraphe 1, le principe d'égalité devant la loi proclamé par cet article 26 a un caractère autonome. C'est ce qu'a estimé le Comité des droits de l'homme des Nations-Unies en indiquant, dans une communication individuelle, que « *l'article 26 ne se contente pas de réitérer les garanties déjà prévues à l'article 2* » du PIDCP. Dès lors, selon le Comité, les principes affirmés dans l'article 26 revêtent une portée générale et peuvent ainsi concerner un droit inscrit dans le PIDESC (*comm. n° 172/1984, 9 avr. 1987, Broeks c/ Pays-Bas*). Sur ce fondement, il a constaté dans une affaire du 6 avril 1989 *Ibrahima Gueye c/ France* (3 av. 1989, n° 196/1985, in RUDH, 1989, p. 62), à propos de la « cristallisation » des pensions des fonctionnaires civils et militaires étrangers des anciennes colonies françaises, qu'elle méconnaissait le principe posé par l'article 26 du pacte en édictant une discrimination liée au seul critère de nationalité du bénéficiaire.

C'est aussi ce qu'estime le commissaire du gouvernement Philippe Martin (*RFD adm. 1996, p.808*) et l'ensemble de la doctrine juridique contre l'avis rendu par le Conseil d'Etat il y a dix ans qui n'a pas consacré cette autonomie (*CE, Ass., avis contentieux, 15 avr. 1996, Mme Doukouré : Rec. CE, p. 126, AJDA 1996, p.507*).

▪ **L'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme** porte que : « *La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur (...) l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, (...), la naissance ou toute autre situation* ». L'article 14 peut ici valablement être combiné avec **l'article 1^{er} du Protocole n°1**, qui assure la protection des « biens » des personnes, car le fait de disposer de prestations maladie relève du droit patrimonial (CEDH 16 sept. 1996, aff. *Gaygusuz*, Rec. 1996/IV, §42 ; RFD adm 1997, pp.966-976 ; D.1998, pp.439-441).

La discrimination fondée sur l'origine nationale ou sociale, sans motif raisonnable et objectif, est prohibée par l'article 14 CEDH combiné à l'article 1^{er} du protocole n°1. En l'espèce, on ne saurait contester le caractère discriminatoire du fait que les refus opposés aux bénéficiaires de l'AME reposent sur des motivations sociales, ou d'origine nationale ou de situation administrative.

Aucune « *justification objective et raisonnable* » en rapport avec l'objectif de santé publique et de protection sanitaire et sociale inhérente à un système de santé ne justifie en effet que les étrangers ressortissants des pays tiers et en situation précaire de séjour se voient opposer des refus de soins et ne puissent de fait se soigner. En outre, la Cour européenne estime que « *seules des considérations très fortes peuvent amener la Cour à estimer compatible avec la Convention une différence de traitement exclusivement fondée sur la nationalité* » (Affaire *Gaygusuz*, §42).

Cette jurisprudence est d'ailleurs appliquée par les juridictions nationales (CE Ass. 30 nov. 2001, *Ministre de la Défense c/M. Diop*, AJDA 2001, p.1039 ; RFD adm. 2002, pp.573581, concl. J. Courtial) et votre haute autorité à de nombreuses reprises.

▪ **La Convention n°118 de l'OIT du 28 juin 1962, concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non-nationaux en matière de sécurité sociale** (ratifiée par la France le 13 mai 1974, D. n° 75-403, 21 mai 1975: JO, 28 mai) affirme un principe d'égalité de traitement entre nationaux et étrangers, ressortissants des Etats signataires, en matière de sécurité sociale (art. 3). L'assimilation des étrangers aux nationaux concerne les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de maternité, d'invalidité, de survivants, d'accident du travail et de maladies professionnelles et les prestations aux familles (*art. 2, §1*).

Elle garantit la jouissance des droits sans condition de résidence (art. 4,§1 : « en ce qui concerne le bénéficiaire des prestations, l'égalité de traitement doit être assurée sans condition de résidence »), entendue comme « *résidence habituelle* » (article 1^{er}, e).

Le Conseil d'Etat a reconnu, dans un arrêt de section du 23 avril 1997 *GISTI*, l'applicabilité directe des stipulations de l'article 4, §1 de la Convention n°118 (*Rec. CE, p. 142 ; RFD adm 1997, p.585, concl. Abraham ; confirmé par CE 14 janv. 1998, n°174219., GISTI et FTDA, aux tables Rec. CE*).

▪ **La Charte sociale européenne** du 18 octobre 1961, révisée le 3 mai 1996 offre une protection dans de nombreux domaines, notamment la protection sociale.

Son article 11 porte que : « *Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.* » Il est suivi de l'article 12 : « *Tous les travailleurs et leurs ayants droit ont droit à la sécurité sociale.* » Et l'article 13 proclame que « *Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale.* »

La jouissance de tous ces droits est complétée par une clause générale de non-discrimination, à l'article E : « *La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, (...) l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation* ».

Quant à la condition de régularité de séjour qui subordonnerait la jouissance de la Charte, une position claire et catégorique a été prise notamment dans la décision rendue par le Comité européen des droits sociaux (CEDS) du Conseil de l'Europe dans le cadre de la procédure de Réclamation collective dans l'affaire *14/2003 FIDH c/ France*⁴. En effet, le CEDS a affirmé sans ambiguïté, que la protection de la

⁴ Décision du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe du 4 mai 2005 rendant publique la décision du Comité européen des droits sociaux du 8 septembre 2004.

Charte doit aussi profiter aux personnes en situation irrégulière, il en va de « l'essence » et de « l'objectif général de la Charte ». Et puisque l'accès aux « soins de santé constitue un préalable essentiel » (...) « à la dignité humaine », tout Etat lié par la Charte doit accorder un droit à l'assistance médicale à tous « les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière ».

Le non accès aux soins des bénéficiaires de l'AME constitue donc une violation délibérée de la charte sociale européenne en établissant une discrimination à l'encontre des étrangers en situation irrégulière. D'ailleurs, dans ses conclusions 2006⁵, le Comité européen des droits sociaux (CEDS) a d'ores et déjà demandé au gouvernement français des informations sur les restrictions portées à l'AME qui « compliquent l'accès aux soins, entraînent des retards dans l'accès aux soins, voire privent les personnes concernées de cet accès ».

▪ L'exclusion des soins des mineurs à charge d'étrangers démunis d'autorisation de séjour est contraire à la **Convention internationale sur les droits de l'enfant (CIDE)**.

Dans le contentieux de la réforme de l'AME, le Conseil d'Etat a considéré que l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 était incompatible avec l'article 3-1 de la Convention internationale sur les droits de l'enfant (article reconnu d'applicabilité directe par le Conseil d'Etat, dans l'arrêt CINAR du 22 septembre 1997, JCP 1998 II 10052, et qui protège l'intérêt supérieur de l'enfant) combiné à son article 1er (définition l'enfant) en ce que ces dispositions « interdisent que les enfants [de moins de dix-huit ans] connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ».

Il a donc constaté que les décrets n°2005-859 et 2005-860 du 28 juillet 2005 relatifs à l'admission à l'AME étaient illégaux en tant que la disposition législative dont ils découlent subordonne l'accès à l'AME à une condition de résidence ininterrompue d'au moins trois mois en France, sans prévoir de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et renvoient ceux-ci, lorsque cette condition de durée de résidence n'est pas remplie, à la seule prise en charge des 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 » (CE, 7 juin 2006, n°285576, Aides, Gisti et alii).

L'invocation par le Conseil d'Etat de l'article 3-1 de la CIDE au bénéfice de l'accès des mineurs à une couverture médicale aboutit au même type de solution que le Comité européen des droits sociaux sur le fondement de l'article 17 de la charte sociale (Déc. Comité européen des droits sociaux, 8 sept. 2004, n° 14/2003, FIDH c/ France, adoptée par résolution du conseil des ministres du conseil de l'Europe le 4 mai 2005, RD sanit. soc., 2005, p. 555, note I. Daugareilh).

Pour respecter l'interprétation donnée par le Conseil d'Etat et le CEDS, les pouvoirs publics devraient donc permettre aux mineurs, ayants droit d'étranger en situation irrégulière, d'accéder à la CMU.

Comme le souligne Médecins du Monde, « les dispositifs facilitant l'accès aux soins des plus démunis sont du registre du droit, pas de l'humanitaire ou de l'assistance ».

Nous demandons à la HALDE de faire cesser ces discriminations :

- en invitant le **Ministre de la Santé et les organismes de protection sociale à diffuser des instructions auprès de leurs services pour que cessent ces pratiques et à lever les obstacles administratifs aux remboursements des médecins ;**
- en demandant au **Conseil national de l'ordre des médecins, au Conseil national des pharmaciens, au Conseil national des chirurgiens-dentistes de rappeler aux professionnels de santé leurs obligations déontologiques respectives à l'égard des bénéficiaires de l'AME comme vis-à-vis de l'ensemble des malades ;**

V. I. DAUGAREILH, « L'audace retenue du Comité européen des droits sociaux – à propos de la décision FIDH c/ France réclamation 14/2003 », RDSS, 2005, p. 555 et A. TOULLIER, Aide médicale d'Etat : les droits sociaux fondamentaux bafoués, *Droit Social* 2005, p. 1011.

Voir également « Couverture médicale des sans papiers : la France rappelée à l'ordre par le Conseil de l'Europe », Communiqué FIDH, GISTI, LDH du 13 mars 2005 (www.gisti.org/doc/actions/2005/ame/index.html)

⁵ conclusions CEDS 2006 (France) :

http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/3_proc%E9dure_de_rapports/2_conclusions_r%E9centes/1_par_etats/France_2006.pdf

- en demandant à ce que tous les bénéficiaires de l'AME (comme de la CMU) soient dûment informés de leur droit à consulter chez tous les professionnels de santé ;
- en recommandant que toutes les enquêtes sur l'accès aux soins des personnes démunies en France comprennent un volet sur les bénéficiaires tant de l'AME que de la CMU ;
- en reconnaissant que c'est le dispositif d'ensemble de l'AME tel que conçu par les pouvoirs publics qui constitue une discrimination à l'égard du groupe des étrangers démunis d'autorisation de séjour, par un traitement différencié stigmatisant et une entrave à l'accès à l'AME et donc aux soins.

Puisqu'il revient également à la HALDE d'agir en faveur de l'égalité, elle pourrait utilement recommander :

- que le dispositif de l'AME soit intégré dans la CMU ;
- que le bénéfice de la carte vitale soit étendu aux bénéficiaires de l'AME jusqu'alors exclus de cet outil pourtant facilitateur de paiement des professionnels de santé et donc de l'accès aux soins.

D'une manière générale, nous vous demandons de bien vouloir nous tenir informés de toutes les étapes du traitement de la présente réclamation, notamment des éléments de réponse fournis par les autorités mises en cause et de la date de saisine du collège. A ce titre, il est rappelé que l'article 22 du décret du 4 mars 2005 prévoit que la Haute autorité « informe à intervalles réguliers l'auteur de la saisine des démarches accomplies ».

Dans l'attente, nous vous prions de bien vouloir accepter, Monsieur le Président, l'assurance de notre haute considération,

Pour l'ODSE,

Adeline Toullier

NB : une copie de la présente saisine est adressée aux instances suivantes :

- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie,
- le Ministère de la Santé,
- l'Académie Nationale de Médecine,
- le Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé,
- le Haut Comité de la Santé Publique,
- la Haute Autorité de Santé,
- l'Ecole Nationale de la Santé Publique,
- l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé

L'ODSE est constitué des organisations suivantes :

Act Up-Paris BP 287 75525 PARIS Cedex 11	AFVS 78, rue de la réunion 75020 PARIS	AIDES 14, rue Scandinavi 93508 PANTIN	AIDES – Ile de France 119, rue des Pyrénées 75020 PARIS
ARCAT 94, rue de Buzenval 75020 PARIS	CATRED 20, bd Voltaire 75011 PARIS	CIMADE 176, rue de Grenelle 75007 PARIS	COMEDE Hôpital de Bicêtre, BP 31 94272 LE KREMLIN BICETRE Cedex
CRETEIL – SOLIDARITE Place Henri Dunant 94000 Créteil	FASTI 58, rue des Amandiers 75020 PARIS	FTCR 3, rue de Nantes Paris 75019	GISTI 3, villa Marcès 75011 PARIS
MEDECINS du MONDE 62, rue Marcadet 75018 PARIS	MRAP 43, bd Magenta 75010 PARIS	PASTT 94, rue Lafayette 75010 PARIS	SIDA INFO SERVICE 190, bd de Charonne 75020 PARIS
SOLIDARITE SIDA 14, rue de Savoie 75006 PARIS			