



Inclure les bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat dans le régime général de la sécurité sociale : pour une seule protection maladie pour tous

Argumentaire technique

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

Jusqu'en 1993, les « sans-papiers » qui travaillaient bénéficiaient de la sécurité sociale comme tous les salariés. Les sans-papiers « démunis » (c'est-à-dire sous conditions de ressources) comme les autres démunis d'une aide sociale, l'aide médicale. En 1993, tournant majeur, la loi "Pasqua" sur l'immigration instaure une condition de régularité du séjour pour l'accès à l'assurance maladie de droit commun : plus rien n'est alors prévu en termes de couverture maladie pour les personnes sans titre de séjour qui travaillent (dont le revenu est au-delà de la condition de ressources), tandis que les sans-papiers démunis continuent à bénéficier de l'aide médicale réduite à l'aide hospitalière¹.

Par la suite, si la loi instaurant la CMU et la CMUc en 1999 a représenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes précaires, elle a également pérennisé et isolé un système de couverture maladie destiné aux seuls étrangers en situation irrégulière, l'Aide médicale d'Etat (AME). Ces derniers doivent, pour bénéficier de l'AME, justifier d'au moins 3 mois de résidence en France et avoir des revenus inférieurs à 720 euros par mois pour une personne seule².

La CMU vise à achever le processus de généralisation de l'assurance maladie. En dépassant les dispositifs antérieurs du type « aide médicale » ou « assurance personnelle », elle ambitionne de mettre fin au fonctionnement peu lisible de la couverture maladie reposant sur un empilement de textes successifs et provoquant parfois des ruptures de droits tout en souffrant d'importantes disparités géographiques.

Pour autant, ce souci de l'universalisation que porte la loi instaurant la CMU est inachevé puisqu'il continue à faire des différences administratives entre des populations pour obtenir les mêmes droits et avec les mêmes conditions de ressources (le seuil AME de 721 euros est le même que le seuil CMUC). En ce sens, l'AME est un « loupé de l'universel »³. La création de la protection universelle maladie (PUMA) le 1 janvier 2016 qui remplace la CMU de base pour améliorer la prise en charge des frais de santé à titre personnel laisse également subsister un système administratif parallèle : l'AME.

L'AME est une prestation sociale financée par l'Etat ; son budget est examiné chaque année dans le cadre du projet de Loi des finances, indépendamment de celui de la sécurité sociale. Sa gestion est

¹ C. Izambert : *30 ans de régressions dans l'accès aux soins*, Plein droit n°86, octobre 2010.

² Seuil fixé au 01/04/2016

³ BORGHETTO M. (2000) : « Brèves réflexions sur les apports et limites de la loi créant la CMU », *Droit social*, n°1, janvier, pp. 30-38.. LEVY C., MONY P., VOLOVITCH P. (2000) : « La CMU : ce qui doit changer », *Droit social*, n°1, janvier, pp. 57-60.

déléguée par l'Etat à la CNAMTS mais les bénéficiaires ne sont pas considérés assurés sociaux : ils n'ont pas de carte vitale et le panier des soins pris en charge n'est pas identique à celui d'un assuré social.

L'AME, dite « de droit commun », qui fait l'objet de cette note, est à distinguer du **dispositif soins urgents et vitaux**, dispositif spécifique permettant que les « *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 de l'enfant à naître* » soient pris en charge, sur avis médical, pour les étrangers en situation irrégulière⁴. Ce dispositif, parfois compliqué à activer, ne constitue pas une couverture maladie. En pratique, il concerne des frais d'hospitalisation en rapport avec une prise en charge d'urgence pour des personnes non couvertes par l'AME. Son budget n'est pas intégré dans celui de la sécurité sociale mais fait partie du budget de l'Etat, comme l'AME.

L'AME est également à distinguer de l'**AME dite « humanitaire »**, qui peut être demandée à titre très exceptionnel.

Quels sont les soins remboursés par l'AME ?

Le panier de soins garanti aux bénéficiaires de l'AME est plus réduit que celui des bénéficiaires de la CMUc (notamment pour les prothèses dentaires et les lunettes). Ne sont ainsi pas couverts par l'AME : cures thermales, PMA, frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés, certains médicaments dits « de confort », frais d'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants, indemnités journalières (prestation en espèces).

L'AME coûte-t-elle cher ?

Chiffres clés :

Nombre de **bénéficiaires de l'AME** au 31 décembre 2015 (France entière) : 316 214 personnes (source CNAMTS)⁵.

Nombre de bénéficiaires de la CMU-C : 5,4 millions de personnes au 31 décembre 2015 (source CNAMTS)⁶.

Nombre de bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale : 60 millions

Dépense réalisée pour l'AME de droit commun en 2014 : 723 millions d'euros⁷.

Prévision de dépense publique réalisée pour l'AME de droit commun pour 2016 : environ 770 millions d'euros⁸.

Budget prévu pour l'AME de droit commun pour 2017 (PLF 2017) : 772 millions d'euros⁹

Dépenses d'assurance maladie : 159 milliards d'euros versés en 2015¹⁰.

Le coût de l'AME est régulièrement évoqué pour justifier sa suppression. L'AME est qualifiée par ses détracteurs de « *gouffre financier* », de « *puits sans fonds* », « *incontrôlé* », représentant une « facture hors de contrôle », raisons qui iraient jusqu'à justifier pour certains candidats sa suppression. Pourtant, **le budget de l'AME, certes en augmentation, reste extrêmement marginal par rapport aux dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale** (montant total des remboursements aux assurés) : il ne représente que **0,48 % des dépenses d'assurance maladie**¹¹.

⁴ Ce qui exclut de fait les personnes sous visa

⁵ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/pqe_maladie_2017.pdf

⁶ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_8_vdef_07112016.pdf

⁷ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3196.pdf> Pour l'AME dite « de droit commun. Si on ajoute les dépenses au titre des soins urgents et vitaux (105 millions d'euros dépensés par l'Assurance maladie en 2014), et l'AME dite humanitaire, rarement demandée (3 millions d'euros), le budget total consommé en 2014 a été de 831 millions d'euros.

⁸ <http://www.localtis.info/cs/ContentServer?pagename=Localtis/LOCActu/ArticleActualite&jid=1250271902786&cid=1250271889580>

⁹ http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2017/pap/pdf/DBGPGM183.pdf

¹⁰ Direction de la Sécurité sociale : *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2015*. Edition 2016

¹¹ 772 millions sur 159 milliards.

Plusieurs raisons expliquent la hausse du budget de l'AME (+26 % entre 2010 et 2014) et rien ne montre que ce budget n'est pas maîtrisé. D'une part cette augmentation est liée à l'augmentation du nombre de bénéficiaires (316 000 bénéficiaires fin 2015 contre 294 300 bénéficiaires fin 2014¹²), elle-même liée à la **difficulté croissante pour les étrangers à obtenir un titre de séjour stable**¹³, y compris un titre de séjour pour raisons médicales. D'autre part, on constate que les bénéficiaires de l'AME, en situation irrégulière, confrontés à de multiples obstacles dans l'accès à leurs droits et aux soins, **arrivent de façon particulièrement tardive dans les soins, avec une pathologie aggravée** ; les pathologies graves (pathologies liées au système nerveux, cardio-vasculaire, pathologies hématologiques, VIH...) et les frais d'hospitalisation sont ainsi surreprésentés dans le budget de l'AME en comparaison avec la moyenne des assurés de l'Assurance maladie. En fait, une grande part des personnes ne demandent l'AME qu'en cas de besoin de soins.

Par ailleurs, **ces dépenses paraissent faibles relativement à d'autres types de dépenses de santé ou d'autre dépenses publiques**. A titre d'exemples, le montant total des dépassements d'honoraires des médecins était en 2014 de 2,8 milliards d'euros ; le montant des remboursements des statines¹⁴ de 1,2 milliards d'euros alors qu'il existe des substituts quasiment gratuits selon la Haute autorité de santé (HAS). Ou encore, la fraude fiscale en France est généralement évaluée à des montants tournant autour de 60 à 80 milliards d'euros, et la réduction de la taxe sur le gazole a représenté pour l'Etat un manque à gagner de 1,66 milliards d'euros.

Enfin, il convient de rappeler que **les étrangers en situation irrégulière participent aussi à la ressource publique** : tous payent la TVA, bon nombre d'entre eux travaillent, payent des impôts sur le revenu ou la fiscalité locale¹⁵.

Y-a-t-il des fraudes à l'AME ?

Contrairement à ce qui est régulièrement affirmé notamment lors de l'examen du projet de loi de finance, **la gestion de l'AME est rigoureuse et limite la possibilité de fraude**, comme le montrent régulièrement les rapports l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances¹⁶. Selon les derniers rapports parlementaires Sirugue-Goasguen¹⁷ réalisés au nom de la Commission d'Evaluation et de Contrôle des politiques publiques, la fraude à l'AME est au plus « rare », « ponctuelle » et les montants peu élevés¹⁸.

¹² Sirugue Goasguen nov 2015

¹³ Le nombre de passages d'étrangers enregistrés aux guichets des préfectures s'élève à 5,4 millions pour l'année 2013, et les préfectures prennent chaque année plus de deux millions de décisions de délivrance d'un document ou titre de séjour (renouvellements, créations, modifications) dont les deux tiers sont des documents provisoires (convocations, attestations, autorisations provisoires, récépissés). Une enquête menée auprès de 10 départements montre qu'il n'est pas rare qu'un étranger reçoive plus de cinq récépissés avant de se voir enfin remettre un titre de séjour (IGA, « *Rapport sur l'accueil des ressortissants étrangers par les préfectures et sous-préfectures* », Ministère de l'Intérieur, décembre 2014). Les cartes de séjour temporaire d'un an au plus constituent désormais plus des trois-quarts (environ 500 000) des nouveaux titres fabriqués et délivrés à des étrangers chaque année dans les préfectures (hors documents provisoires) (Tableau 6, page 24, de l'étude d'impact du projet de loi n°2183 "droit des étrangers" de juillet 2014).

¹⁴ Traitements permettant réduire le taux de cholestérol constituant une avancée majeure dans le traitement des maladies cardiovasculaires.

¹⁵ Gisti, les notes pratiques : *Sans-papiers et impôts : pourquoi et comment déclarer ses revenus*.

¹⁶ Rapports 2007, 2010.

¹⁷ <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3524.asp> ; <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4363.asp>

¹⁸ « *En ce qui concerne les bénéficiaires, les contrôles diligentés par la Caisse nationale de l'assurance maladie ont permis de détecter 41 cas de fraude en 2012, 43 en 2013 et 54 en 2014 pour un préjudice subi de 130 000 euros pour 2014* » (rapport Sénat p 31 <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3196.pdf>)

Une prestation fragilisée

Erigée en dispositif spécifique, l'AME a connu depuis sa création des **restrictions successives, rendant son ouverture de plus en plus complexe** pour les personnes mais aussi pour les professionnels du médico-social accompagnant ces personnes : ticket modérateur (2002, jamais appliqué), obligation de prouver une présence ininterrompue de 3 mois en France (2004), réductions du panier de soins, entente préalable pour les soins coûteux à l'hôpital (2011), application d'une franchise de 30 euros (2011), malgré l'avis explicitement contre d'un rapport IGAS/IGF, qui n'a été rendu public qu'après l'adoption de la loi... Ce « droit d'entrée » a ensuite été supprimé en 2012.

Par ailleurs, les **crédits de l'AME sont sous budgétisés**, voire « sciemment sous-budgétisés »¹⁹, selon la Cour des Comptes²⁰, l'IGA et l'IGF, qui soulignent le caractère « imprudent » de cette budgétisation. Les dépenses effectivement réalisées sont systématiquement supérieures au budget prévu, alors même que l'augmentation de 10% environ par an observée ces dernières années (+40% depuis 2012) devrait permettre de mieux anticiper ces dépenses. **De fait, dispositif spécifique, l'AME est particulièrement politisée et instrumentalisée, au regard de la catégorie de population qu'elle concerne.**

Les dépenses de l'AME sont très surveillées et encadrées, et font l'objet d'un débat parlementaire chaque année lors du vote de la loi de finance. Elles sont prétexte à des attaques politiques récurrentes : l'AME est systématiquement instrumentalisée dans une rhétorique anti-migratoire, hors de tout examen scientifique et réalité statistique en comparaison avec les comptes de la sécurité sociale et hors de toute considération de santé publique.

II. POURQUOI INTEGRER LES BENEFICIAIRES DE L'AME DANS LE REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE ?

La récente réforme de la PUMa aurait pu être l'occasion de fusionner les budgets de l'AME et celui du régime général de la branche maladie de la sécurité sociale, afin de simplifier un dispositif complexe pour les usagers et les professionnels. Mais le choix a été fait de maintenir un dispositif séparé, plus fragile et qui ne permet pas un recours efficient à ce droit.

Pour des raisons de santé publique

Les personnes en grande précarité sont plus souvent exposées à des risques sanitaires du fait de conditions de vie plus difficiles : mauvaises conditions de logement (promiscuité, insalubrité, absence de chauffage, humidité), vie à la rue, en bidonvilles ou squats, exposition aux violences, emplois plus souvent à risques, etc. La précarité énergétique expose à des conditions de vie qui rendent malades²¹. On observe sur certains territoires ayant d'importants marqueurs de pauvreté une recrudescence de la tuberculose, exemple typique d'une maladie de la précarité. De même, le diabète est une pathologie fréquente chez les personnes qui ne peuvent maintenir un régime alimentaire équilibré. Ces conditions de vie constituent un obstacle important à l'accès à la prévention et aux soins pour ces populations qui ont bien souvent d'autres priorités (trouver un logement, de quoi se nourrir, un emploi)²².

¹⁹Dans son rapport au Parlement sur le budget de l'État en 2013.

²⁰ Dans son rapport au Parlement sur le budget de l'État en 2013.

²¹ Fondation Abbé Pierre : *L'état du mal logement en France. Rapport annuel n°22*, 2017.

²² Burns FM, et al. "Why they wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. » *AIDS Care*. 2007 ;19 : 102-8.

Pauti MD et al. « Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France. » *BEH*. 2016 ; (13-14):230-6.

La protection maladie est donc particulièrement importante pour les personnes les plus en précarité, quel que soit leur statut lié au séjour. La prévention et l'accès à un suivi médical régulier sont essentiels tant en termes de santé individuelle que de santé publique. L'état de santé général de la population ne peut s'améliorer si la frange la plus précaire ne peut pas se soigner. **Cette préoccupation doit amener les pouvoirs publics à prendre les mesures permettant de protéger et de garantir dans la durée un accès aux soins et un maintien dans le soin simplifié pour tous.**

Or, on constate que de très nombreux étrangers qui devraient relever de l'AME n'en bénéficient pas, et finalement ne voient leurs droits ouverts que tardivement, lorsqu'ils sont malades ou très malades. Contrairement à une idée reçue et sans doute entretenue, il n'y a pas de ruée vers l'AME de la part des personnes en situation irrégulière. On observe le contraire. S'il n'existe pas de données disponibles pour chiffrer précisément le **non recours aux soins** pour les bénéficiaires de l'AME, l'expérience et les séries statistiques des centres de soins de Médecins du Monde en France montrent que 89% des étrangers en situation irrégulière n'ont pas de droits ouverts alors qu'ils pourraient bénéficier de l'AME. Nous constatons de nombreux obstacles à l'ouverture de ce droit spécifique : une méconnaissance très répandue sur l'existence de ce droit, des difficultés à rassembler les documents nécessaires, en particulier l'obligation de présenter une adresse ou d'accéder à une domiciliation administrative, auxquelles s'ajoutent des dysfonctionnements administratifs et des pratiques abusives (pertes de dossiers, demandes de justificatifs inutiles...). Cette **complexité des démarches**, soulignée dans différents rapports institutionnels dont celui du Défenseur des Droits en 2014²³, constitue un **frein majeur dans l'ouverture des droits**, elle augmente les délais de traitements des dossiers, les risques de rupture de droits (l'AME est ouverte pour un an) et de renoncement aux droits potentiels par les personnes.

L'absence de protection maladie génère un retard et/ou un renoncement aux soins importants : ainsi plus d'un tiers des patients reçus en consultation médicale dans les centres de soins de MdM présentent selon les médecins un retard de recours aux soins (38,5%) ou relèvent de soins urgents à assez urgents (32,0 %) et 15,8 % des patients ont déclaré avoir renoncé aux soins²⁴. Enfin, il convient de rappeler que les **personnes bénéficiant de l'AME sont confrontées à de fréquents refus de soins de la part des professionnels de santé**, en médecine générale et plus encore de la part de médecins spécialistes²⁵. Le récent rapport du Défenseur des droits rappelle et dénonce la persistance des refus de soins en France. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes et sont souvent justifiés par les professionnels par les contraintes administratives, les désagréments économiques ou les motifs liés aux conditions sociales des bénéficiaires²⁶. Ces pratiques ont été dénoncées très récemment par MdM, le CISS et la FNARS qui ont saisi le Défenseur des Droits (janvier 2017) suite à l'affichage sur des sites internet de prise de rendez-vous médicaux du refus de certains médecins de soigner les patients sous AME ou CMUc.

²³ Le défenseur des droits « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME » Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

²⁴ Médecins du Monde « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2015 », octobre 2016

²⁵ 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, contre 10% pour les bénéficiaires de la CMU. Enquête « *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins* », DREES, Etudes et résultats n°645, juillet 2008, montrant 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 médecin ou pharmacien. Rapport 2007 IGAS et IGF.

²⁶ Le défenseur des droits « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME » Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

Dans leur rapport de fin 2010, l'IGAS et l'IGF²⁷ insistent sur le fait que, en ce qui concerne l'AME «*plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle d'un renoncement aux soins faite d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à la protection sociale* ».

L'intégration des bénéficiaires dans le régime général de la sécurité sociale en supprimant nombre d'obstacles administratifs liés à l'existence d'un dispositif spécifique (pas de carte vitale, simplification de gestion...) faciliterait l'accès à ce droit et aux soins, améliorerait la santé individuelle et collective.

Pour des raisons économiques

Une intégration de l'AME dans la sécurité sociale **permettrait une économie en termes de frais de gestion de ce dispositif spécifique**, comme souligné par l'IGA et l'IGF²⁸. Elle **faciliterait également le travail des caisses d'assurance maladie ainsi que des professionnels du médico-social**. L'existence de deux systèmes administratifs parallèles est coûteuse aussi parce qu'elle conduit à des retards de soins qui provoquent des dépenses non seulement différées mais aussi majorées. En effet, l'existence d'un dispositif spécifique, avec des règles différentes, induit des ruptures de droit pour les personnes qui passent d'un statut à l'autre. Pour les différentes CPAM, elle implique également l'existence de services distincts avec des personnels formés différemment. Les professionnels de santé doivent faire des démarches administratives plus lourdes que pour les détenteurs de carte vitale. Simplifier ces démarches et éviter la stigmatisation c'est aussi faciliter l'accès à la médecine de ville, lutter contre le refus de soins et les ruptures de soins, et, in fine, **éviter les surcoûts liés au retard de prise en charge**.

En effet, une pathologie traitée tardivement sera plus coûteuse à prendre en charge une fois le stade de l'urgence atteint, alors que le traitement de maladies chroniques de manière continue permet non seulement une amélioration de l'état de santé mais évite une dégradation dont la prise en charge serait plus coûteuse pour le système de santé. Plus on tarde à soigner une maladie chronique, plus les traitements seront lourds. Un malade du diabète non traité, vu en urgence pour un coma diabétique, mobilisera une équipe de réanimation et devra être hospitalisé. C'est pourquoi la demande de **suppression de l'AME n'a aucun fondement économique**.

De plus, l'AME joue comme un dispositif de financement de l'hôpital, pour des personnes qui doivent être soignées, selon la mission d'intérêt générale de l'hôpital et la mission d'accès aux soins pour tous définis dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Si l'AME n'existait pas, les hôpitaux des zones les plus touchées par la précarité, qui aujourd'hui soignent de nombreux bénéficiaires de l'AME, perdraient la possibilité de recouvrir ces frais par l'assurance maladie. Sans l'AME, pour certains hôpitaux il est impossible de recouvrer les créances et de les imputer à une structure administrative de financement. Soigner des personnes sans droits sociaux identifiés oblige à prendre sur d'autres structures de financement et ainsi à menacer l'équilibre budgétaire hospitalier déjà fragile, à faire payer les personnes et à entreprendre de coûteuses démarches de recouvrement, ou à laisser les malades à la porte de l'hôpital. Des médecins hospitaliers ont pu nous faire part de leur très grande inquiétude à ce sujet, se refusant à imaginer devoir « trier » parmi leurs patients, défendant le droit de leurs patients à la couverture maladie pour la continuité des soins et la sauvegarde du système hospitalier.

Au contraire, l'intégration de l'AME dans le système de sécurité sociale faciliterait la continuité de l'accès à la couverture maladie quel que soit le statut de la personne et représenterait une solution pragmatique pour encourager une prise en charge précoce et moins coûteuse sur le long terme.

²⁷Inspection Générale des Finances

²⁸ Rapport IGA IGF 2010 ibid.

Pour des raisons politiques

L'intégration des bénéficiaires de l'AME dans le régime général de la sécurité sociale permettrait un accès aux droits simplifié pour tous et éviterait une approche stigmatisant les plus précaires et les étrangers. Aujourd'hui l'accès aux soins des plus précaires est remis en question tous les ans quand le budget de l'AME est discuté lors de l'examen du projet de loi de finances et son existence est menacée à chaque échéance électorale. Intégrer le dispositif de l'AME dans la sécurité sociale consoliderait le droit à la santé pour tous.

De nombreuses institutions se sont prononcées pour intégrer l'AME dans la sécurité sociale : le Conseil économique et social (2003), plusieurs rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des finances (2007 et 2010), le Conseil national du sida, le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ainsi que le Défenseur des droits, dans un rapport sur les refus de soins (2014).

Considérer le droit à la santé comme universel nous paraît essentiel dans une démarche humaniste et qui considère en premier lieu les besoins et conditions de vie des personnes. **L'accès à la santé relève des droits inaliénables qui protègent la dignité de tout être humain.** Le bien-être d'une société dépend de l'état de santé de tous, quel que soit leur statut ; une société moderne doit savoir protéger les plus en difficulté. Il faut cesser d'instrumentaliser un outil de l'exercice de ce droit pour en faire un argument purement idéologique fondé sur le rejet des étrangers.

Les problèmes de l'AME ne sont pas ceux de l'immigration mais ceux de l'absence d'intégration. Les obstacles aux soins que doivent affronter les étrangers en situation irrégulière ne sont pas que des problèmes pour eux. Ils le sont pour toute la collectivité en altérant la santé publique, en provoquant des retards de soins et en multipliant les coûts administratifs. Traiter la pathologie que quand elle devient une urgence n'est pas seulement une aberration médicale. C'est une absurdité économique qui génère une hausse de la dépense de santé qui pèse sur les finances publiques.

L'exclusion du droit commun d'une partie de la population fragilise l'ensemble. **Intégrer l'AME dans le régime général de la sécurité sociale lèverait la menace annuelle qui pèse sur cette couverture maladie au moment de la discussion sur la loi de finances. Cela entérinerait de manière enfin pérenne l'universalité de l'accès aux soins.**