

L’Aide médicale de l’Etat : un filet de sécurité pour la santé publique à ne plus restreindre

Dans le cadre de l’examen de la proposition de **résolution** qui sera discutée le 7 juin 2023, les député-es V. Louwagie et a. préconisent notamment une réduction du périmètre de **l’aide médicale de l’Etat (AME)** aux seuls soins urgents, ce qui revient à la **suppression pure et simple** de ce dispositif pourtant essentiel pour la santé publique.

Pour mettre fin aux dépenses de santé associées aux personnes en situation irrégulière au regard du séjour, ils-elles préconisent également entre autres une **restriction du maintien de droits**, de la **protection maladie des demandeur-ses d’asile** de **pays d’origine sûrs** et des conditions **d’accès à la régularisation pour soins**.

En parallèle une **proposition de loi sur l’immigration** (n°677) récemment déposée au Sénat suggère également une suppression de l’AME.

Les associations de l’Observatoire du droit à la santé des étranger-es (ODSE) alertent sur les conséquences désastreuses qu’entraîneraient de telles réductions, et déconstruisent les contre-vérités sur l’AME qui la fondent.

Une annexe sur le maintien de droits, le DASEM, la protection sociale des demandeur-ses d’asile complète cette note.

I – Qu’est-ce que l’AME ? Qui en bénéficie ?.....	1
Qui sont les bénéficiaires de l’AME ? Quel est leur état de santé ?	2
II – A quoi a-t-on droit avec l’AME : un système plus avantageux pour les étranger-e-s sans papiers ?	3
Les bénéficiaires de l’AME sont-ils plus avantage-e-s que les bénéficiaires de la C2S ?	3
III – Un coût non maîtrisé ?	4
Chiffres clefs	4
Que sait-on des fraudes à l’AME ?	5
Une prise en charge médicale a minima est-elle génératrice d’économies budgétaires ?	5
IV - Un système « attractif », caractérisé par des abus et des « filières » ?.....	5
La « migration pour soins » : un mythe puissant ?	5
Des « filières » de soins incontrôlées ?.....	6
V – Quelles conséquences auraient des restrictions de l’AME ?	6
Annexe – les autres dispositifs attaqués par le rapport d’information et la proposition de résolution	8

I – Qu’est-ce que l’AME ? Qui en bénéficie ?

Depuis sa création sous la 3ème République jusqu’à la réforme CMU de 1999, l’Aide médicale assurait le paiement des soins des personnes à faible ressources (françaises et étrangères, avec ou sans titre de séjour) non-assurées sociale (en général, faute d’emploi et faute de rattachement comme ayant-droit). La réforme CMU de 1999 a opportunément sortie de l’AME les français et les étrangers en règle pour les intégrer à l’Assurance maladie. L’AME est devenue une prestation vidée de sa population hormis les étrangers en séjour irrégulier. C’est une **prestation d’aide sociale** financée par l’Etat ; son budget est examiné chaque année dans le cadre du projet de loi de finances, indépendamment de celui

du financement de la sécurité sociale. Sa gestion est déléguée par l'Etat à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), mais ses bénéficiaires ne sont pas des assurés sociaux.

Pour en bénéficier, il faut : être sans titre de séjour ; prouver sa résidence irrégulièreⁱ en France depuis au moins 3 mois consécutifs ; déclarer des ressources inférieures à 810 euros par mois pour une personne seule (seuil identique à celui de la C2S, la complémentaire santé solidaire). C'est une couverture maladie d'un an dont le renouvellement n'est pas automatique.

Qui sont les bénéficiaires de l'AME ? Quel est leur état de santé ?

Il faut souligner un **vrai déficit de statistiques publiques** sur les bénéficiaires de l'AME (sur les nationalités, l'état de santé, ...) qui **alimente de façon importante les fantasmes**. Les associations demandent depuis longtemps que des statistiques et enquêtes soient développées par des organismes indépendants. Les différentes sources concordent cependant pour montrer que **les bénéficiaires de l'AME sont en grande précarité, sont plus souvent malades et sont particulièrement exposés aux risques de santé** en raison de leurs **conditions de vie difficiles** en France.

Selon les données officielles disponiblesⁱⁱ **le taux de non-recours à l'AME atteint 49%**. En outre, **près de la moitié des personnes** sans titre de séjour déclarant souffrir de **pathologies** qui nécessitent des soins, comme **le diabète ou les maladies infectieuses, n'ont pas de droits ouverts**.

Le recours à l'AME est peu corrélé aux problèmes de santé, mais augmente avant tout avec la durée de séjour sur le territoire français.

Parmi les patients consultants à Médecins du Monde en 2021 (14 centres de santé répartis sur toute la France, plus de 15.000 personnes accueillies, plus de 33.000 consultations), on voit une fréquence des problèmes digestifs, dermatologiques et respiratoires plus élevée par rapport aux résultats de consultation en médecine de villeⁱⁱⁱ.

33% des femmes enceintes ont un retard de suivi de grossesse et 94% des femmes enceintes ne disposent d'aucun droit ouvert à la couverture maladie^{iv}. Les **prévalences du VIH, des hépatites et de la tuberculose** sont largement supérieures aux prévalences nationales^v. Les **taux de vaccination sont faibles**, dans un contexte de retour de la rougeole et de la varicelle dans la population générale et d'exposition élevée au risque de tuberculose. **56% des patients souffraient d'une pathologie chronique** (diabète, hépatites, hypertension...). **85% nécessitaient un suivi et/ou un traitement**. **Près de 67 % présentaient un retard de recours aux soins** selon les médecins et parmi elles, près de 56% **nécessitaient des soins urgents ou assez urgents**.

Plusieurs Bulletins épidémiologiques hebdomadaires^{vi} présentant les résultats d'études sur des populations migrantes dans des centres associatifs, des centres d'hébergement après expulsions de campements à Paris, des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS hospitalières), ou encore suite à une surveillance épidémiologique à Calais et Grande-Synthe montrent également :

- une **grande fréquence des problèmes de santé physique (infections respiratoires aiguës, gale, selon les lieux) et psychique** (troubles psychiques, psychotraumas) ;
- une fréquence des **épisodes épidémiques** (rougeole, varicelle, grippe) ;
- un **niveau de suivi prénatal très insuffisant** et un **risque accru de décès maternels**.

Ils montrent également une grande fréquence du renoncement aux soins, une extrême précarité des conditions de vie en France. **Ils concluent sur la nécessité de renforcer les démarches de soins et d'accès à une couverture maladie**.

L'AME est-elle facile à obtenir ?

Contrairement aux fantasmes de tourisme médical ou d'appel d'air, les associations constatent que les personnes étrangères en situation irrégulière ont **peu d'information sur ce droit**, et n'ont pas tous les moyens de s'engager dans une **procédure complexe**, d'autant plus depuis la crise sanitaire Covid et **l'accélération de la dématérialisation des démarches**.

Le **dépôt physique** des premières demandes étant **obligatoire** depuis la réforme de 2019, les caisses ont organisé différemment ce nouvel accueil. Une enquête réalisée en 2023 en Ile-de-France^{vii} recense **l'ensemble des obstacles administratifs** auxquels se heurtent les personnes pour accéder à l'AME depuis. L'insuffisance de la couverture territoriale des lieux où déposer sa demande (une seule agence dédiée dans certains départements), couplée avec l'obligation d'une prise de rendez-vous selon des modalités complexes et hétérogènes (plateforme interne ou 3646,

numéro payant de l'assurance maladie, outils inadaptés à un public précarisé), et des conditions d'accueil inadaptées sur place, rendent très difficile le dépôt des demandes d'ouverture et de renouvellement de l'AME.

Les **conséquences sont lourdes** : **64 % des personnes** interrogées ont rencontré **des difficultés pour se soigner faute de couverture santé** ; parmi elles, **7 sur 10 ont renoncé aux soins**.

Mais **preuve du manque criant d'information sur l'AME, même après 5 années ou plus de résidence en France, 35%** des personnes sans titre de séjour **n'ont pas de droits ouverts à l'AME**.

La grande fréquence des problèmes de santé, une plus grande exposition aux risques de santé en raison des conditions de vie difficiles et une grande précarité, cumulée avec la faiblesse de l'accès à une médecine préventive **montrent la nécessité de sécuriser et maintenir ce filet de santé publique et individuelle qu'est l'AME**.

II – A quoi a-t-on droit avec l'AME : un système plus avantageux pour les étranger·e·s sans papiers ?

L'AME prend en charge les frais de santé à **hauteur de 100% du tarif sécurité sociale** (ce qui exclut donc les dépassements d'honoraires). De ce fait, elle inclut la part complémentaire (ou « ticket modérateur »^{viii}).

A même niveau de ressources, la population générale est couverte par la complémentaire-santé-solidaire (ex-CMU-C) qui non seulement assure le paiement du ticket modérateur (prise en charge des frais à 100% du tarif sécurité sociale) mais couvre également les dépassements d'honoraires au-delà du tarif sécurité sociale pour un nombre conséquent de prestations (notamment en matière de lunettes et de prothèse dentaire).

L'AME ne permet pas, contrairement à ce que soutient la proposition de résolution, d'accéder à la pose d'un anneau gastrique (**tarif de remboursement de 452,34€** de la sécurité sociale pour un coût total de **3000 à 4000€** en moyenne), ni au recollement des oreilles (**tarif de remboursement de 236,81€** d'une otoplastie bilatérale pour un coût total de **2000 à 3500 €**).

Les bénéficiaires de l'AME sont-ils plus avantage·e·s que les bénéficiaires de la C2S ?

Non, car le **panier de soins AME (liste des soins pris en charge financièrement) est plus réduit** que celui des assurés sociaux . Sont exclus du panier de soins de l'AME : les frais de traitement et d'hébergement des **personnes handicapées**, y compris des enfants ; les frais d'examen de **prévention bucco-dentaire** pour les enfants ; les indemnités journalières ; les cures thermales ; la procréation médicalement assistée ; les médicaments à faible service rendu.

Non, car ils ont une **prise en charge beaucoup plus faible** sur la part complémentaire que celle assurée par la C2S sur toutes les prestations avec dépassement du tarif sécurité sociale (les **prothèses dentaires, les prothèses auditives et l'optique, notamment les lunettes**) ; en pratique, ces dernières sont **inaccessibles financièrement aux bénéficiaires de l'AME**.

Non, car Ils-elles **ne bénéficient pas des programmes de prévention** de l'Assurance maladie : prévention bucco-dentaire pour les enfants ; dépistage gratuit cancer colon et col de l'utérus.

Non, car les bénéficiaires de l'AME n'ont **pas de carte vitale**, ce qui complexifie le traitement administratif de leur dossier, allonge les délais de remboursements des professionnels de santé et constitue un facteur important de **refus de soins**, beaucoup plus importants que pour les bénéficiaires de la C2S dont le taux de refus de soins est par ailleurs déjà très élevé^{ix}.

Non, car Il n'y a **pas de majoration de revenu pour les médecins**, comme c'est le cas pour les patients assurés sociaux.

Non, car la **prise en charge** de certains **soins programmés** (prothèse de hanche, soins kiné, opération de la cataracte, etc.) **est conditionnée au bénéfice de l'AME depuis 9 mois**. Pour bénéficier de ces soins avant cette période, une demande d'accord préalable auprès du service de l'Assurance maladie est nécessaire.

Non, car ils-elles rencontrent enfin **d'autres obstacles spécifiques dans l'ouverture de leurs droits et leur parcours de soins** : obligation de présence physique au guichet des caisses au moment de la demande et de la recomplexité administrative (démarches, papiers demandés, complexité de la réglementation), pratiques restrictives voire abusives de la part de caisses d'assurance maladie, méconnaissance de leurs droits, barrière de la langue, peur d'être arrêté^{xi}... Cette prestation d'aide sociale concerne **les plus pauvres parmi les plus pauvres^{xii}**.

III – Un coût non maîtrisé ?

Chiffres clefs

Budget AME 2023 :	1, 14 milliards
Budget total Assurance maladie (ONDAM 2023) :	244 milliards d'euros
Proportion du budget AME/ budget Assurance maladie :	0,47%
Nombre de bénéficiaires AME (31/12/2021) :	380 762
Nombre de bénéficiaires de la C2S sans participation (ex CMU-C) (2022) :	5,9 millions
Nombre de bénéficiaires de l'Assurance maladie en France et à l'étranger (2022) :	69 millions
Proportion de bénéficiaires de l'AME/bénéficiaires de l'assurance maladie :	0,6%
Dépense d'assurance maladie par assuré social (2023):	3 588 € / an
Dépense par bénéficiaire AME ^{xiii} :	2830 € / an

Un coût non maîtrisé, trop élevé ?

L'AME est une prestation très contrôlée.

Des rapports IGAS/IGF réguliers en examinent précisément le fonctionnement et les dépenses, le dernier ayant été publié en octobre 2019. Elle est **discutée chaque année** dans le cadre du projet de loi de finances puis du projet de loi de finances rectificatives, et fait très souvent l'objet d'attaques et **d'instrumentalisations politiques**.

Le budget de l'AME est certes en augmentation, mais **cette augmentation est à relativiser fortement**.

Les dépenses liées à l'AME ne représentent que 0,47 % des dépenses de l'assurance maladie en 2023, **une proportion stable depuis des années**. Par ailleurs, cette proportion est inférieure à la part que représente les bénéficiaires de l'AME parmi l'ensemble des assurés sociaux (0,6 %). Les dépenses de l'AME sont maîtrisées, et augmentent au même rythme que celles de l'assurance maladie, et compte tenu de l'évolution du nombre de bénéficiaires. .

L'augmentation du budget est ainsi notamment liée à **l'évolution du coût moyen hospitalier**, qui intègre en 2022 la hausse des tarifs du Ségur de la Santé (+7,5 % en moyenne pour les hôpitaux).^{xiv}

Le

Le nombre de **bénéficiaires de l'AME de droit commun a baissé de 0,6 % entre 2020 et 2021, passant de 382 899 à 380 762 personnes.**

Selon les dernières données, il a augmenté en 2022 atteignant le nombre de 403 144 bénéficiaires en septembre 2022, ce qui représente une hausse modérée de 5,3 % entre 2020 et 2022.

Cette hausse s'explique notamment par la mise en œuvre des mesures restrictives de la réforme de 2019 (diminution du maintien de droits), et l'intensification des politiques de restriction d'accès au séjour mis en œuvre par le ministère de l'Intérieur, conduisant mécaniquement à une augmentation du nombre de personnes en situation irrégulière.

Que sait-on des fraudes à l'AME ?

Le nombre de fraudes avérées à l'AME est extrêmement faible : 54 cas de fraude ont été identifiés par l'Assurance maladie en 2014, **38 cas de fraudes en 2018 (dernières données disponibles)**.

En 2017, le montant du préjudice du fait de fraudes a été estimé par la CNAM à 461.014 €, soit **moins de 0,06% du total des dépenses AME** la même année^{xv}.

Pourtant, **la CNAM ne cesse de renforcer les modalités de détection et de lutte antifraudes sur l'AME.**

A l'opposé de la fraude, les constats^{xvi} convergent sur un important **non-recours à ce droit et un important renoncement** aux soins des personnes face aux multiples obstacles et **difficultés d'accès** : administratives, complexité du système, grande précarité et préoccupation de survie, instabilité majeure des lieux de vie, peur d'être arrêté, etc. (cf. supra). Le Défenseur des droits a montré que les mesures antifraudes ont des conséquences dramatiques, et que les demandeurs sont parfois sanctionnés par omission et sans être prévenus^{xvii}.

Une prise en charge médicale a minima est-elle génératrice d'économies budgétaires ?

Ferait-on des économies en diminuant le budget de l'AME ? Au contraire, un nombre croissant d'études démontrent que, pour de nombreuses pathologies, **les prises en charge plus tardives de pathologies ainsi aggravées sont plus coûteuses pour le système de santé.**

Une étude menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne pour trois pays (Suède, Allemagne et Grèce) et deux pathologies (hypertension artérielle et soins prénataux) montre des **économies allant de 9 % à 69 %, pour des soins précoces** versus soins tardifs, selon les pathologies et les pays^{xviii}.

Concernant le VIH, une étude montre qu'une **prise en charge précoce des personnes atteintes par le VIH** génère une **économie moyenne comprise entre 32 000 et 198 000 € par patients**^{xix}.

D'autres études vont dans le même sens en ce qui concerne la pédiatrie^{xx}, ou encore les **soins pour les demandeurs d'asile et les réfugiés en Allemagne**^{xxi} ; **cette dernière conclut que le coût de l'accès restreint aux soins de santé pour cette population en Allemagne est plus élevé qu'un accès régulier.**

Inversement, une étude qui analyse les effets de la réforme espagnole de la santé en 2012 documente clairement les effets d'une restriction d'accès au système de santé pour les personnes sans-papiers, en mettant en évidence leur **surmortalité**^{xxii}.

Les professionnels de santé constatent tous les jours les absurdités et les conséquences humaines et financières des prises en charge tardives de patients dans de nombreuses pathologies.

IV - Un système « attractif », caractérisé par des abus et des « filières » ?

La « migration pour soins » : un mythe puissant ?

Plusieurs études scientifiques montrent que la migration pour soins ou pour raison de santé est un phénomène très marginal : les études représentatives de l'Institut national des études démographiques (TeO) ou « *Parcours* » du CEPED pour les migrant·es d'Afrique subsaharienne confirment que ce sont des **motifs de migration à la marge loin derrière les motifs familiaux, professionnels, liés aux études, économiques, ou de demande d'asile.**

Dans l'enquête Premiers Pas réalisée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (Irdes) en 2019 auprès de personnes éligibles à l'AME, **la santé n'est évoquée que pour 9,5 %** des répondants comme un motif pour s'engager dans un processus migratoire^{xxiii}. Pour la moitié d'entre eux, les raisons de santé sont associées à d'autres raisons, principalement économiques. **Le phénomène migratoire est complexe, et ses motivations sont rarement réductibles à une seule variable.**

Rien ne permet d'affirmer que le dispositif de l'AME est attractif. Au contraire, les constats tant scientifiques que des acteurs de terrain montrent une méconnaissance de leurs droits par les personnes, un renoncement et un non-recours important.

Des « filières » de soins incontrôlées ?

A ce jour rien ne prouve que des « filières » de soins sont en place. **Aucune donnée** n'objective l'existence de « filières ». Nous faisons face à de nombreuses **rumeurs**, qui montrent bien que la porte est ouverte à tous les fantasmes et à leur instrumentalisation politique. Nous rencontrons des réalités exactement inverses : augmentation des contrôles administratifs, obstacles à l'accès... De plus, **serait-ce une raison suffisante pour s'attaquer à une prestation qui bénéficie à toute une population sans ressources et particulièrement exposée à des risques de santé ?**

Une **confusion** est faite avec des problèmes liés aux **accords bilatéraux de coordination entre sécurités sociales**. Des accords bilatéraux sont en effet passés entre l'Assurance maladie française et des sécurités sociales d'autres pays. Certaines d'entre elles ont des dettes importantes auprès de notre Assurance maladie (non remboursement de soins réalisés en France pour des résidents de ce pays). C'est le cas de pays du Sud mais également de certains pays riches. Il s'agit pourtant d'un problème à part : **restreindre la portée de l'AME ne résoudrait en rien ces problèmes de dettes inter-sécurités sociales**.

Par ailleurs, certains hôpitaux ont volontairement mis en place une **politique de « tourisme médical »**, attractive, de promotion de certains actes médicaux rentables **à destination d'un public étranger solvable**, l'incitant à venir se faire soigner en France en payant à l'avance ses soins... Cette logique de promotion commerciale de soins payants est-elle cohérente avec un discours condamnant un « tourisme médical » des étrangers pauvres non solvables ? La capacité de payer soi-même ses soins doit-elle être le seul critère pour avoir accès aux actes médicaux et de prévention ?

Enfin, **le prix des médicaments constitue un véritable enjeu pour notre système de santé** et la société, notamment pour les nouveaux traitements contre l'hépatite C ou le cancer. Mais il ne s'agit pas d'agiter cet épouvantail uniquement lorsqu'il est question des personnes en situation irrégulière.

Cela pose plusieurs questions majeures qui nous concerne tous. Comment sont fixés les prix de ces traitements, si coûteux qu'ils pourraient mettre en danger notre système d'assurance maladie ? Quels sont les critères réels, au-delà de ceux fixés par la loi, puisque **sur le prix du médicament, l'opacité est la norme**.

Pour la Cour des comptes, le système de santé consent à payer des médicaments nouveaux trop chers de manière à financer des politiques industrielles nationales. Ce n'est pas le rôle du système de santé, qui doit assurer le droit fondamental à la protection de la santé pour tous.

Il n'est pas acceptable, ni éthique, de restreindre l'accès à la santé pour certains, parce que les soins et traitements seraient trop chers, au profit des rémunérations d'industriels.

V – Quelles conséquences auraient des restrictions de l'AME ?

Les restrictions de l'AME consécutives à la réforme de 2019 décuplent les difficultés déjà réelles à l'accès et à l'ouverture de ce droit. Les **personnes ne pourraient pas payer une part, même minime, des soins et traitements**.

De nouvelles restrictions de l'AME **auraient des conséquences néfastes en termes de santé publique** : elle constitue un **véritable filet de sécurité en matière de santé publique** en permettant, **malgré ses imperfections**, un accès aux soins à une population très exposée aux risques de santé, dont les maladies infectieuses et transmissibles, en raison de **conditions de vie très dégradées**.

Des restrictions de l'AME **freineraient l'accès à la médecine de ville** : comment les médecins généralistes ou spécialistes pourront continuer à soigner ces personnes ? Une restriction **augmenterait les refus de soins**, et la prise en charge en ville reposerait encore plus sur des professionnels militants, déjà surchargés.

Des restrictions de l'AME **aggraverait le recours tardif aux soins à l'hôpital** :

- Le modèle des **Pass^{xxiv}**, qui pour beaucoup sont **déjà saturées**, risquerait **d'exploser financièrement**, et les **professionnels** seraient encore plus **sous pression**.
- Les **services des urgences seraient plus sollicités**, dernier filet de recours aux soins en l'absence de droit et d'un recours possible en amont en ville, et alors qu'elles sont **déjà en crise majeure** dans un nombre croissant d'hôpitaux.

- Ce report sur l'hôpital des patients en retard de soins aurait pour conséquence, de fait, un **report du budget de l'AME sur les finances hospitalières**, aggravant d'autant les déficits hospitaliers.
- L'absence de possibilité de financement à l'hôpital des patients en situation irrégulière pourrait **favoriser des pratiques d'inhospitalité**, déjà observables par endroits.

Des restrictions de l'AME **auraient des conséquences économiques négatives pour notre système de santé** en entraînant des prises en charge plus tardives. Comme le montrent plusieurs études, les retards de soins entraînent des surcoûts financiers importants pour la collectivité. **Ces surcoûts**, moins visibles et plus dilués que sur un budget spécifique, seraient néanmoins bien réels.

Annexe – les autres dispositifs attaqués par le rapport d'information et la proposition de résolution

Il est à rappeler au préalable, que les études convergent vers le constat selon lequel, les populations issues de l'immigration rapportent dans leur ensemble (prélèvements, cotisations et impôts) plus qu'elles ne coûtent aux dépenses publiques.

Dans son rapport en 2021, l'OCDE^{xxv}, en comparant l'incidence budgétaire de l'immigration dans **22 pays** européens de l'OCDE, en Australie, au Canada et aux États-Unis, sur une période de **13 ans**, de 2006 à 2018, en utilisant une **méthodologie commune**, concluait ainsi que « **Dans tous les pays, la contribution des immigrés sous la forme d'impôts et de cotisations est supérieure aux dépenses que les pays consacrent à leur protection sociale, leur santé et leur éducation.** »

En France, la contribution budgétaire nette des personnes nées à l'étranger est de 1,02% du PIB pour la France^{xxvi}.

Or ces **données** ne sont pas intégrées au rapport d'information ni à la proposition de résolution pour **évaluer les coûts et recettes réels** qu'engendrent les populations visées par ce rapport.

De la même manière cette résolution vise à faire **l'économie d'1,7 milliards d'€** dont les **calculs, hasardeux** sont en soi **contestables**, mais ne prennent pas non plus en compte les **coûts administratifs**, les **dépenses** que devront supporter les **hôpitaux**, etc, **qu'induiraient la suppression de ces dispositifs**.

C'est par exemple sur la base de ces coûts administratifs, des coûts pour les hôpitaux et de l'impact du renoncement aux soins sur la santé des personnes et donc sur la santé publique que l'IGF et l'IGAS recommandaient en 2010 de ne pas introduire de droit d'entrée pour l'AME.

Or cette balance coûts – recettes est inexistante dans la proposition de résolution et apportent de la **confusion à la compréhension de dispositifs**, très différents les uns des autres, fondés pour les uns sur la Convention de Genève, pour les autres sur les droits humains et l'éthique, qui ne pourront être balayés d'un revers de la main par cette résolution.

Par ailleurs contrairement à ce qu'indiquent les député.es à l'origine de ce débat, **les dispositifs prenant en charge la santé, même des plus précarisé.es sont tout à fait compris socialement**, l'étude de la DREES^{xxvii} en 2022 le confirme : « *La crise sanitaire a exacerbé la demande de protection sociale. Les répondants sont de plus en plus nombreux (72%) à penser que la santé n'a pas de prix et se positionnent ainsi contre une limitation des dépenses de santé. De la même manière, une part grandissant d'entre eux estime que, dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus dans la santé (77% en 2020 contre 58% en 2013). 64% des Français estiment également qu'il est plus important de maintenir au niveau actuel les prestations sociales et les remboursements d'assurance maladie que de prendre des mesures pour réduire le déficit de la Sécurité sociale.* »

Préserver le dispositif de maintien de droits

Le **dispositif de maintien des droits** prévu au dernier alinéa de l'article L160-1 du code de la sécurité sociale et précisé à l'article R111-4 du code de la sécurité sociale est **indispensable** pour préserver la pérennité de l'assurance maladie et rationaliser les procédures administratives et les coûts qui en découlent.

Les associations le constatent et le dénoncent depuis de nombreuses années : les **délais pour obtenir un rendez-vous** en préfecture sont tels qu'il est fréquent qu'une personne souhaitant renouveler son titre de séjour ne parvienne pas à le faire avant la fin de son titre en cours et se trouve durant plusieurs mois en situation irrégulière au regard du droit au séjour avant que sa situation ne soit régularisée.

De la même manière la **réforme de l'ANEF** (l'Administration Numérique des Etrangers en France) empêche les personnes de demander leur dossier.

Une fois encore la proposition de résolution propose ce qu'elle considère une économie **sans prendre en compte le coûts de la mise en œuvre pratique de la suppression du maintien de droits**.

D'une part une personne en maintien de droits n'est **pas automatiquement un « consommant »** de soins, d'autre part la **procédure de fermeture automatique** que devrait mettre en place la CNAM, associée à la **réouverture des droits**

fermés indument lorsque le renouvellement du titre sera intervenu entraînerait de nombreux coûts de gestion inutiles supplémentaires. Une telle proposition n'apas été évaluée, la vidant de toute crédibilité.

L'admission au séjour pour soins : un dispositif maîtrisé qui participe pleinement des politiques de santé publique

L'**admission au séjour pour soins** est réservée aux personnes étrangères qui **résident habituellement sur le territoire** français, **souffrant d'une pathologie d'une particulière gravité** qui **ne peut pas être soignée** en cas de retour dans leur **pays d'origine**. Il permet ainsi aux personnes concernées de se soigner, et d'éviter l'expulsion vers leur pays où elles n'auraient pas accès aux soins.

C'est un **dispositif maîtrisé**, qui ne crée pas « d'appel d'air ». Le nombre d'étrangers titulaires d'une carte de séjour pour raisons médicales est resté **stable** durant des années, **autour de 30 000**, mais il connaît une **baisse depuis les dernières restrictions** qu'il a subi (cf. infra).

Les titres de séjour pour soins représentent **0,6 % de l'ensemble des titres de séjour** délivrés aux **5,2 millions d'étranger-es** qui vivent en France.

Le dispositif ne constitue pas « une charge déraisonnable » : avec un droit au séjour et au travail, **les personnes concernées travaillent, payent des impôts, cotisent à la protection sociale et contribuent aux finances publiques.**

Sur le **plan de la santé**, l'admission au séjour pour soins **protège les personnes** concernées en leur permettant l'accès aux soins. Elle joue également un rôle important en matière de **santé publique**, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population.

Jusqu'à la fin de l'année 2016, l'évaluation du besoin d'une prise en charge médicale en France était confiée aux médecins des agences régionale de santé (**ARS**), professionnel·les de santé publique rattaché·es au **Ministère de la Santé**.

Il y a 6 ans, cette mission a été confiée au service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (**Ofii**), agence du **ministère de l'intérieur**. C'est le **fantasme d'une fraude massive** vis-à-vis du dispositif qui a justifié ce transfert de tutelle – sans pour autant qu'il n'existe aucun indicateur en ce sens.

Depuis, nos associations considèrent une **dégradation durable** de l'accès au droit au séjour pour soins, avec une **chute du nombre d'avis médicaux favorables à la délivrance d'une carte de séjour (de 75 à 50 % environ)**, et en conséquence du nombre de titres de séjour accordées.

Par ailleurs, les **demandes sont en baisse** continue face à la complexification de la procédure et le **découragement** des personnes face au nombre croissant de refus : **baisse de 11,6 % en 2020 par rapport à 2019** (derniers chiffres disponibles)^{xxviii}

Le transfert de mission des agences régionales de santé à l'Ofii s'est traduit par une mise au premier plan des enjeux de gestion des flux migratoire, au détriment de ceux de la santé publique.

Nos associations demandent que le pilotage de l'évaluation médicale pour les personnes étrangères revienne exclusivement au ministère de la santé, sans ingérence des services du ministère de l'intérieur.

Préserver la protection santé des demandeurs d'asile quel que soit leur pays de provenance

La proposition visant à écarter certains demandeurs d'asile de toute prise en charge des frais de santé est une hérésie au regard des conséquences pour les personnes concernées mais également dans l'intérêt de la santé publique.

En 2020, les demandeurs d'asile ont déjà été écartés de la **protection maladie durant les 3 premiers mois de présence** en France, et renvoyés durant cette période, vers le dispositif soins urgents et vitaux à l'hôpital, ce qui des effets déplorables : les personnes renoncent à se soigner, ne disposent pas de prise en charge de leur maladie tôt et à moindre frais, ce qui conduit à ne venir rencontrer le système de soins, à l'hôpital, que quand la pathologie s'est aggravée, entraînant des coûts bien plus élevés pour le système public de santé ; les personnes sont poussées à se diriger vers les **urgences hospitalières** puisque c'est la seule solution qui leur est proposée durant les premiers mois, y compris quand un professionnel de santé en médecine de ville pourrait les prendre en charge.

Restreindre davantage la prise en charge des frais de santé, et partant l'accès aux soins, d'une partie des demandeurs d'asile aggraverait la situation.

- ⁱ Condition supplémentaire issue de la réforme de 2019 qui allonge les délais avant lesquels la couverture sera effective, voire conduit à des non-recours aux droits.
- ⁱⁱ IRDES 2019, « Le recours à l'aide médicale de l'Etat des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas », Questions d'économie de la santé, n°245
- ⁱⁱⁱ Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. 2017, « *Recours aux soins des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des motifs de recours aux soins dans les centres d'accueil de Médecins du Monde et en médecine générale libérale, 2011-2012* ». BEH,, 19-20 : 430-6
- ^{iv} Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde 2022, 8 décembre 2022.
- ^v Sur le VIH, voir F. Mangin et al. 2018, « *Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Saint-Denis, de 2012 à 2016* », BEH n°40-41
- ^{vi} BEH n°19-20, 5 septembre 2017 : « *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique* » ; BEH n°17-18, 25 juin 2019 : « *Populations migrantes : violences subies et accès aux soins* ».
- ^{vii} Médecins du Monde, Cimade, Comede, Dom'Asile, Secours catholique, "Entraves dans l'accès à la santé. Les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'aide médicale de l'Etat", Rapport d'enquête, avril 2023. Lien URL : <https://www.lacimade.org/publication/rapport-denquete-entraves-dans-lacces-a-la-sante/>
- ^{viii} « Ticket modérateur » : somme restant à la charge du patient pour « modérer » ou limiter, en théorie, sa consommation de soins.
- ^{ix} <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2023/05/eclairages-une-etude-sur-les-discriminations-envers-les-beneficiaires-de-la#:~:text=Le%20D%C3%A9fenseur%20des%20droits%20rappelle,en%20conformit%C3%A9%20avec%20la%20loi.>
- ^x L. Rolland, P. Mendras, D. Roy, J. Sultan Parraud, L. Toulemon, "Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'Etat. Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres", Rapport de l'Institut des Politiques Publiques, avec le soutien du Ministère de la Santé et du Défenseur des droits, mai 2023 ; S. Chereyron, Y. L'Horty, P. Petit, « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : test multicritères représentatifs dans trois spécialités médicales », Rapport réalisé à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, octobre 2019
- ^{xi} S. Le Courant, *Vivre sous la menace. Les sans-papiers et l'Etat*, Seuil, avril 2022
- ^{xii} Parmi les personnes en situation irrégulière reçues dans les centres de soins de Mdm en 2021, la très grande majorité vit en dessous du seuil de pauvreté (96%) et parmi elles 43% n'ont aucune ressource.
- ^{xiii} Réponse à une question n°1934 au gouvernement, publiée au JO le 29 novembre 2022 : <https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-1934QE.htm>
- ^{xiv} Projet de Loi de Finances 2022, Bleu, Programme 183, Justification au premier euro
- ^{xv} <http://www.assemblee-nationale.fr/15/budget/plf2019/b1302-till-a38.asp>
- ^{xvi} IRDES 2019, op. cit., BEH 2017 et 2019, op.cit., Rapport de l'Observatoire de Mdm 2019 op.cit.
- ^{xvii} Défenseur des droits 2017, « *Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?* », Rapport
- ^{xviii} FRA (2015). *Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation*. Luxembourg, European l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) : <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>
- ^{xix} M.Guillon, M.Celse, PY Geoffard 2018, « Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France », *EurJ Health Econo* 19 :327-340
- ^{xx} Kraft, A. D., S. A. Quimbo, O. Solon, R. Shimkhada, J. Florentino and J. W. Peabody 2009, "The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays." *J Pediatr* 155(2): 281-285 e281.
- ^{xxi} K.Bozorgmehr, O.Razyum 2015, « *Effect of restricting access to healthcare on health expenditures among asylum seekers and refugees : a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013* » : un article révisé par les pairs qui conclut que le coût de l'accès restreint aux soins de santé pour les DA et les réfugiés en Allemagne est plus élevé qu'un accès régulier
- ^{xxii} A. Junamarti Mestres, G. Lopez-Casanovas, J. Vall Castello 2018, « The deadly effects of losing health insurance », CRES-UPF Working Paper #201804-104
- ^{xxiii} IRDES juillet 2021, « Note méthodologique : immigrer pour raisons de santé. Enseignements de l'enquête Premiers pas », <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/note-methodologique-immigrer-pour-raisons-de-sante-enseignements-de-l-enquete-premiers-pas.pdf>
- ^{xxiv} Permanence d'accès aux soins de santé, dispositif permettant la prise en charge des personnes démunies et sans droits à l'hôpital.
- ^{xxv} <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/da2bbd99-fr/1/3/4/index.html?itemId=/content/publication/da2bbd99-fr&csp=1615c4d6ed66d1cf807999e0be8f49f6&itemIGO=oecd&itemContentType=book>
- ^{xxvi} https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2021_39869f8f-fr
- ^{xxvii} <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/er1228.pdf>
- ^{xxviii} La Cimade, "Droit au séjour pour raisons médicales : la suspicion toujours au détriment de la protection", Actualité, 1er septembre 2022. Lien URL : <https://www.lacimade.org/droit-au-sejour-pour-raisons-medicales-la-suspicion-toujours-au-detriment-de-la-protection/>