

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 projet de loi de finances pour 2023, le Sénat a voté mardi 29 novembre une réduction du périmètre de l'aide médicale de l'Etat (AME). Le dispositif serait limité à la vaccination, aux maladies graves, aux urgences et aux soins pour les personnes mineures. Les sénateur·rices lui ont alloué un budget de 800 millions d'euros, soit une baisse de 350 millions d'euros.

Les associations de l'Observatoire du droit à la santé des étranger·e·s (ODSE) alertent sur les conséquences désastreuses qu'entraîneraient une telle réduction, et déconstruisent les contre-vérités sur l'AME qui la fondent.

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

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

L'AME est une prestation 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 des travailleur·se·s salarié·e·s (CNAMTS), mais ses bénéficiaires ne sont pas considéré·e·s comme assuré·e·s sociaux·ales.

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 798 euros par mois pour une personne seule (seuil identique à celui de la complémentaire santé solidaire (C2S)).

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 quelques années à ce 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 exposé·e·s 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 ou 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.

Les personnes étrangères en situation irrégulière ont peu d'informations sur ce droit, et n'ont pas tous les moyens de s'engager dans une procédure complexe, d'autant plus depuis le 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. Beaucoup ont misé sur une prise de rendez-vous préalable via une plateforme internet ou le 3646 qui est un numéro payant alors même que ces outils ne sont pas adaptés à un public précarisé.

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.

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.**

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 »^{vii}). La population générale (hors bénéficiaires de la C2S) doit payer ce « ticket modérateur », soit elle-même soit en ayant recours à une complémentaire santé. L'AME inclut la part complémentaire et doit **donc être comparée à la complémentaire santé solidaire C2S (ex-CMU-C^{viii})**. **Les deux dispositifs s'adressent à des personnes très démunies (moins de 798 euros par mois pour une personne seule), qui ne pourraient payer leur « ticket modérateur ».**

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

- Non, car ils-elles ont un **panier de soins plus réduit** (catégories de soins remboursables par l'Assurance maladie). 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 les **prothèses dentaires et les lunettes** ; en pratique, ces dernières sont inaccessibles financièrement aux bénéficiaires de l'AME.
- 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.
- 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 (42% selon un testing réalisé par le Défenseur des droits en 2019^{ix}).
- Il n'y a **pas de majoration de revenu pour les médecins**, comme c'est le cas pour les patients bénéficiaires de la C2S.
- **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.
- **Il y a une obligation de dépôt physique de la demande au guichet des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour les personnes qui font une première demande**. Sous certaines conditions, le dépôt est également possible auprès des centres de santé, des maisons de santé, mais aussi des associations de loi 1901.
- Ils-elles rencontrent enfin **d'autres obstacles spécifiques dans l'ouverture de leurs droits et leur parcours de soins** : complexité 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^x...
- Cette prestation d'aide sociale concerne **les plus pauvres parmi les plus pauvres^{xi}**.

III – Un coût non maîtrisé ?

Chiffres clefs

Budget AME 2019 :	943 millions €
Budget AME 2020 :	928,3 millions d'euros (-1% sur un an)
Budget total Assurance maladie (2020) :	219,9 milliards d'euros (+9,7%)
Proportion du budget AME/ budget Assurance maladie :	0,4% (-0,1%)
Nombre de bénéficiaires AME (31/12/2021) :	360 762 (-0,56% par rapport à 2020)
Nombre de bénéficiaires de la C2S sans participation (ex CMU-C) :	5,9 millions
Nombre de bénéficiaires de l'Assurance maladie :	62 millions
Dépense maladie trimestrielle par bénéficiaire Sécurité Sociale (2020):	3.232 € / an
Dépense maladie trimestrielle par bénéficiaire AME ^{xii} :	2392 €

Un coût non maîtrisé, trop élevé ?

L'AME est une prestation très contrôlée. Des rapports IGAS/IGF réguliers en examen précisent 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 celle-ci est à relativiser fortement : selon les derniers chiffres officiels cette **augmentation est liée principalement à l'évolution moyen du coût hospitalier^{xiii}**. Le budget global de

l'AME représente environ 0,5% de celui de l'Assurance maladie, proportion stable depuis des années^{xiv}. On peut aussi comparer ce montant à celui des dépassements d'honoraires (payés par les patients et/ou leurs complémentaires santé), de plus de 2,8 milliards d'euros.

Le nombre de **bénéficiaires de l'AME de droit commun est en fait en baisse en 2018** par rapport à 2017 (-0,6%). Ce qui correspond bien aux constats des associations sur le durcissement des barrières à l'entrée et de l'importance du non-recours à ce droit.

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 identifiées par l'Assurance maladie en 2014, **38 cas de fraudes en 2018**. 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... 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. Enfin, 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'Ined (TeO) ou « *Parcours* » du CEPED pour les migrants 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 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 »^{xxiv}. 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 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 situations irrégulières. **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 même une petite part 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 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 **freinerait 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**^{xxv}, 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, bien qu'elles soient justifiées en partie par une nécessité budgétaire, **auraient au contraire 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.

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} Voir Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde 2022, à paraître le 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} « Ticket modérateur » : somme restant à la charge du patient pour « modérer » ou limiter, en théorie, sa consommation de soins.

^{viii} La complémentaire santé solidaire est un dispositif, financé par une taxe, qui permet aux personnes démunies d'avoir une complémentaire santé. Il a été créé en 2019, est issu de la fusion de la complémentaire-CMU (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

^{ix} 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

^x S. Le Courant, *Vivre sous la menace. Les sans-papiers et l'Etat*, Seuil, avril 2022

^{xi} 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.

^{xii} Réponse à une question n°1934 au gouvernement, publiée au JO le 29 novembre 2022 : <https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-1934QE.htm>

^{xiii} PLR 2018 op.cit

^{xiv} B. Philippe 2019, « *Les migrants ont-ils trop d'assurance ?* », in *La santé des migrants en question(s)*, ss la dir. J.M. André, Hygée Editions, Presses de l'EHESP, 2019.

^{xv} <http://www.assemblee-nationale.fr/15/budget/plf2019/b1302-tIII-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 Agency 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 Econ* 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} A propos des implants mammaires, voir cet article qui déconstruit cette rumeur : <https://www.lci.fr/politique/stanislas-guerini-evoque-des-abus-de-l-aide-medicale-d-etat-pour-financer-des-protheses-mammaires-pourquoi-c-est-faux-2131985.html>

^{xxv} Permanence d'accès aux soins de santé, dispositif permettant la prise en charge des personnes démunies et sans droits à l'hôpital.