

• L'Aide Médicale de l'État : un enjeu de santé publique pour tous-tes !

En France, l'accès aux soins, de toute personne précaire, y compris des personnes étrangères en situation irrégulière est un enjeu fondamental de santé publique et de justice sociale. L'Aide Médicale de l'État (AME), contribue à garantir cet accès minimal et joue un rôle essentiel pour soigner des personnes malades, qui vivent dans une grande précarité, atteintes de pathologies variées dont les maladies infectieuses comme le VIH, la tuberculose ou les hépatites virales, des troubles psychiatriques mais aussi un large panel de pathologies communes.

Qu'est-ce que l'Aide Médicale de l'État ?

C'est un dispositif qui permet la prise en charge des soins médicaux, de suivi de grossesse et d'hospitalisation, et des médicaments des personnes pouvant justifier de trois mois de présence en situation irrégulière sur le territoire, y compris les enfants. Le panier de soins pris en charge est plus restreint que celui pour les assurés-es sociaux-ales. Les soins remboursés le sont à 100 % dans la limite des tarifs de l'Assurance maladie. Les conditions de ressources pour y avoir accès sont les mêmes que pour la complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-C), à savoir moins de 862 euros mensuels pour une personne seule et de 1 292 euros mensuels pour un couple (applicable au 1^{er} avril 2025).

L'AME permet d'assurer l'accès aux soins, de prévenir l'acquisition et la propagation de maladies, et de promouvoir la dignité humaine pour des personnes cumulant des vulnérabilités. Pourtant, ce dispositif essentiel subit aujourd'hui des attaques répétées dans le cadre de politiques migratoires restrictives, mettant en péril l'accès aux soins pour des centaines de milliers de personnes (439 006 personnes à la moitié de l'année 2023¹).

Face à ces défis, nous, soignants-es, associations et organisations des secteurs de la santé et de la défense des droits humains, réaffirmons notre engagement à défendre ce droit et à plaider pour le renforcement de l'AME. Plus qu'une mesure humanitaire, l'AME est une réponse sanitaire rationnelle et indispensable pour protéger la santé de toutes et tous, prévenir les pathologies évitables et alléger les charges pesant sur notre système de santé. •

1. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ame-de-cembre-2023.pdf

Prévention et accès aux soins : la clé d'un système de santé durable

Une détection précoce des pathologies réduit les dépenses de santé

→ La prévention est la pierre angulaire de toute politique de santé publique. Elle permet non seulement de limiter l'impact des maladies, à l'échelle individuelle et collective, mais également de réduire les coûts pour la société et d'améliorer la qualité de vie des populations. La prise en charge des pathologies à un stade précoce est moins onéreuse qu'une prise en charge tardive et urgente^{2,3}. La prévention est encore moins coûteuse. C'est un principe fondamental d'économie de la santé.

Une approche préventive solide repose sur des outils adaptés et accessibles : promotion de la santé, bilan de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes⁴, dépistages réguliers, vaccinations, sensibilisation et traitements précoces. Ces mesures ne doivent pas être freinées par des barrières telles que des délais d'accès aux soins ou des restrictions administratives. En retardant les soins, on augmente non seulement les risques de complications pour les personnes touchées, mais également le risque de transmission des pathologies contagieuses ou d'épidémies.

Pour le cas particulier de l'infection par le VIH, il existe un traitement qui protège de l'acquisition du VIH (la Prophylaxie pré-exposition ou PrEP). Ce traitement préventif très efficace – et beaucoup moins onéreux qu'une trithérapie curative à vie –, doit pouvoir être proposé rapidement aux personnes qui en ont besoin. La dernière estimation de Santé Publique France⁵ permet d'affirmer qu'entre 2012 et 2022, 45 % des personnes nées à l'étranger et découvrant leur séropositivité ont été contaminées après leur arrivée en France. Cette proportion peut atteindre 60 % dans certains groupes de population, comme celui des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Une partie de ces contaminations pourraient être évitées si les personnes immigrées vulnérables accédaient facilement à la PrEP.

Les hépatites virales répondent à des logiques similaires : pour prévenir des infections sur un territoire, il est nécessaire de dépister, traiter les personnes malades et/ou vacciner les personnes non immunisées le plus tôt possible, indépendamment du statut administratif des personnes.

Nous demandons donc, pour des raisons de santé publique et d'économie de la santé que le dispositif de l'AME soit intégré au régime général de la sécurité sociale (admission sur critère de résidence habituelle). •

Protéger l'accès aux soins : les restrictions actuelles et les dangers perçus d'un dispositif limité aux soins urgents

→ L'AME joue un rôle crucial en permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Cependant, les restrictions actuelles limitent l'efficacité de ce dispositif, notamment en matière de prévention et d'accès précoce aux soins :

- **délais de carence** : l'AME n'est accessible qu'après trois mois de présence irrégulière sur le territoire, et certains soins ne sont disponibles qu'après un délai de carence de neuf mois ;
- **impact des retards** : pendant ces délais de carence, les personnes doivent se tourner vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui voient arriver des patients-es souvent à un stade avancé de leurs pathologies. Or, les maladies ne disparaissent pas d'elles-mêmes et nécessitent une prise en soin précoce pour limiter leur progression et leur coût⁶ ;
- **seuil de revenu** : l'AME n'est accessible qu'aux personnes sous le seuil de revenu détaillé ci-dessus, ainsi les travailleurs-ses « sans-papiers » qui sont au-dessus de ce seuil n'y ont pas droit, et n'ont pas le droit non plus à l'Assurance maladie bien qu'ils y cotisent. Ils se retrouvent ainsi complètement exclus de toute couverture maladie⁷.

Remplacer l'AME par un dispositif restreint aux seuls « soins urgents » aggraverait ces problèmes sans réduire les besoins de santé (voir rapport sur l'AME par Claude Evin et Patrick Stefanini⁸) :

- **transfert des coûts** : les soins actuellement pris en charge par l'AME – consultations, médicaments, hospitalisations – seraient à la charge des PASS, déjà sous-dotées, ou alourdiraient les budgets hospitaliers par des dépenses non recouvrables ;
- **allongement des hospitalisations** : seule une partie des soins de suite est accessible aux bénéficiaires de l'AME et sans ceux-ci, les personnes resteraient plus longtemps hospitalisées dans des services de médecine, chirurgie ou obstétrique aigus, augmentant le coût global et engorgeant davantage des hôpitaux déjà fragilisés. Ces derniers se retrouveraient ainsi paralysés, incapables d'hospitaliser les patients attendant aux urgences.

En conclusion, les délais de carence actuels et les obstacles bureaucratiques associés à l'AME suscitent déjà des coûts inutiles pour le système de santé. Une suppression de l'AME au profit d'un dispositif « soins urgents » entraînerait des parcours de soins plus lourds et plus onéreux pour le système de santé, aggravant les difficultés financières et organisationnelles des hôpitaux. En réalité, cette suppression augmenterait les dépenses de santé publiques au lieu de générer les économies attendues.

2. 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/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf

3. M.Guillon, M.Celse, PY Geofard 2018, « Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France », *Eur J Health Econ* 19 :327-340

4. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/migrants/recommandations/recommandation-bilan-de-sante-vfinale-2.pdf>

5. Kunkel A, Alioum A, Cazein F, Lot F. Part des contaminations après l'arrivée en France parmi les personnes nées à l'étranger découvrant leur infection à VIH, France, 2012-2022. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024; (23-24):542-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/23-24/2024_23-24_5.htm

6. Les personnes atteintes de maladies chroniques, entrées en soins et perdant un droit au séjour vivent souvent des ruptures de soin liées au délai de trois mois en situation irrégulière après la perte du droit au séjour pour pouvoir demander l'AME. Ce délai auquel s'ajoute le temps nécessaire à l'ouverture des droits, à la production et à la récupération de la carte AME.

7. Quand ces personnes rencontrent des problèmes de santé sérieux, les établissements de santé sont confrontés à des dilemmes éthiques : soigner sans être payés en creusant le déficit ou refuser de soigner en contradiction directe avec la déontologie médicale (le dispositif de soins urgents et vitaux ne couvrant qu'une partie des situations).

8. Rapport sur l'Aide Médicale de l'État, par Claude Evin et Patrick Stefanini. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ame-decembre-2023.pdf

Freins à l'accès aux soins pour les populations vulnérables : entre obstacles administratifs et enjeux politiques

→ Dans les faits, seules 51 % des personnes éligibles à l'AME en bénéficient⁹. Les raisons sont multiples :

- la restriction des accès aux services par les lois et la multiplication des Obligations de Quitter le Territoire Français (OQTF). Les lois et réglementations nationales restreignent l'accès aux services pour les personnes étrangères en situation irrégulière, tandis que la multiplication des OQTF pousse les personnes sans-papiers à se cacher et renoncer aux soins – ce qui les met en danger et réduit l'efficacité des programmes de santé publique ;
- la stigmatisation et la discrimination entravent davantage les populations migrantes, souvent déjà vulnérables après avoir subi des discriminations dans leurs pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire¹⁰ ;
- la difficulté d'accès aux services. Les démarches liées à l'AME sont complexes et hétérogènes selon les départements. Les guichets spécifiques ne sont pas toujours clairement identifiés, et la prise de rendez-vous ou le dépôt de dossier peuvent poser des obstacles, notamment numériques ;
- la difficulté dans la constitution du dossier. Des exigences excessives en matière de documents compliquent encore l'accès, de même que des confusions entre les règles propres à l'AME et celles de l'Assurance Maladie ;
- la politique managériale. Les pressions sur la productivité des agents-es des caisses d'Assurance maladie favorisent des refus de dossiers ou des demandes de justificatifs supplémentaires inutiles. Les agents-es sont ainsi évalués-es selon le nombre de dossiers qu'ils/elles traitent par jour et selon leur taux d'erreur. Ce taux étant calculé uniquement à partir des dossiers d'AME acceptés lorsque les agents-es instructeurs-rices ont un doute concernant un justificatif, ils/elles préfèrent renvoyer le dossier à la personne demandeuse pour lui demander d'en fournir un autre plutôt que de l'accepter¹¹.

Accès aux soins des femmes en situation de précarité : un impératif de santé publique

On estime qu'il y a entre 250 000 et 300 000 femmes qui se trouvent en situation irrégulière ou « sans-papiers » en France¹². Plusieurs raisons, allant des violences conjugales aux défaillances administratives, contribuent à précariser le statut de séjour de ces femmes :

• Violences conjugales et contrôle coercitif

De nombreuses femmes étrangères perdent leur statut régulier en raison de violences exercées dans le cadre conjugal. Selon les recherches de Women for Women France, 95 % des victimes étrangères interrogées en France ont été confrontées des violences¹³ telles que des menaces, la rétention de documents nécessaires au renouvellement de titre de séjour ou l'entrave aux démarches. Ces violences se manifestent notamment par le contrôle exercé par le conjoint sur les procédures administratives, en particulier l'accès à la plateforme de l'Administration Numérique des Étrangers en France (ANEF), empêchant ainsi le dépôt ou le renouvellement des demandes de titre de séjour.

• Dysfonctionnement de la dématérialisation

Les dysfonctionnements de la plateforme ANEF¹⁴ entraînent le passage de nombreuses personnes d'une situation régulière à une situation irrégulière. Il nous semble vital de prendre en compte ces situations dans la réflexion que l'on porte sur l'AME avant d'envisager d'éventuelles restrictions. Pour les raisons susmentionnées, il convient de bannir la conjugalisation des ressources¹⁵. Déjà en proie à la précarité, cette réalité ne pourrait qu'être aggravée en faisant davantage dépendre ces femmes de leur conjoint pour leur accès aux soins.

Il est également essentiel de prendre en compte que des restrictions risquent de créer une forme d'impunité pour les auteurs de violences sexistes et sexuelles, car de nombreuses plaintes de femmes en situation irrégulière sont déposées à l'occasion de leur accès aux soins, notamment lors de passages à l'hôpital après des violences.

9. Vignier N., Moussaoui S., Marsaudon A., Wittwer J., Jusot F., Dourgnon P., Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Survey, *Frontiers in Public Health*, en ligne 2022/08/04. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9386354/>

10. ONUSIDA, Etude « Global Aids Update 2021 : confronting inequalities », 2021, disponible en ligne sur : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>

11. La CIMADE, DOM'ASILE, COMEDE, MEDECINS DU MONDE, SECOURS CATHOLIQUE, Rapport d'enquête : entraves dans l'accès à la santé, avril 2023 <https://www.lacimade.org/publication/rapport-denquete-entraves-dans-lacces-a-la-sante/>

12. <https://blogs.mediapart.fr/lea-buas/blog/190225/meres-sans-papiers>

13. <https://www.womenforwomenfrance.org/fr/a-propos-de-nous/nos-actions>

14. <https://www.defenseurdesdroits.fr/dematérialisation-des-demandes-de-titres-de-sejour-lanef-des-ruptures-de-droits-graves-et-massives>

15. <https://www.womenforwomenfrance.org/fr/a-propos-de-nous/actualites/alerte-cette-mesure-qui-fera-augmenter-les-violences-sexistes-et-la-precarite-des-femmes-en-france>

16. DÉFENSEUR DES DROITS, Éclairages : une étude sur les discriminations envers les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale de l'État (AME), mai 2023 <https://www.defenseurdesdroits.fr/eclairages-les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-complementaire-sante-solidaire-et-de>

17.
Rapport annuel de l'Assurance maladie, 2018. Non disponible au format web.

→ Les étrangers-ères sont particulièrement exposés-es au risque de refus de soins en raison de leur nationalité ou de la nature de leur protection maladie¹⁶. D'aucuns arguent que les fraudes existent, or leur nombre avéré dans le cadre de l'AME est extrêmement faible (54 cas ont été identifiés par l'Assurance maladie en 2014, 38 cas en 2018¹⁷).

Malgré ses imperfections, le dispositif de l'AME présente des bénéfices collectifs significatifs et reste une solution plus efficace que ses alternatives. La mission de l'IGAS en 2019 recommandait déjà son renforcement et sa simplification pour favoriser l'accès aux soins précoces et maîtriser les coûts.

Nous aboutissons aux mêmes conclusions et – bien que nous recommandions l'intégration de l'Aide Médicale de l'État (AME) au régime général de l'Assurance maladie sur critère de résidence habituelle – nous formulons, dans l'immédiat des

recommandations qui vont dans le même sens : le renforcement de l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi et en garantissant une prise en charge globale.

Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins de santé : c'est l'option la plus efficace, et la seule ligne de conduite tenable sur un plan humain. Nous reprenons la conclusion du rapport de l'IGAS qui avait pour objet d'évaluer les dispositifs AME et « Soins urgents et vitaux », avec pour perspective la maîtrise de la dépense publique. Le rapport concluait que « L'AME répond en premier lieu à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense. Elle n'est pas un outil de politique migratoire. ». Les inspecteurs-rices ont demandé que l'accès aux soins soit renforcé. ●

• L'Aide Médicale de l'État : un enjeu de santé publique pour tous-tes !

• Nos revendications

→ Concernant l'AME

- Intégrer l'AME au régime général de l'Assurance maladie sur critère de résidence habituelle. En attendant, (au minimum) renforcer l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi (en levant tous les freins : panier de soins, dématérialisation, délais de carence, plafond de revenus) et en garantissant une prise en charge sur l'ensemble du territoire, y compris à Mayotte.

→ Concernant la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie :

- Supprimer le délai de carence de trois mois pour l'accès aux soins et à l'ouverture des droits à l'Assurance maladie pour les personnes primo-arrivantes en situation régulière.

→ Concernant les PASS

- Réformer le budget des PASS pour tenir compte de l'augmentation des besoins : actuellement le budget des PASS est plafonné, quelle que soit l'augmentation de la file active et les soins prodigués.

→ Concernant l'accès à la santé de manière générale

- Proposer un bilan de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes intégrant le repérage de la souffrance psychique et élargi aux questions sociales telles que l'accès au logement, à l'éducation, et aux droits administratifs.
- Mettre en place des dispositifs de santé, indépendants des structures de contrôle, ciblant les personnes migrantes, pour rattraper les retards aux dépistages et solutionner les difficultés de prise en soin, en ayant recours aux services d'interprétariat professionnel et à la médiation en santé.
- Utiliser la médiation en santé et l'interprétariat professionnel en santé comme outils d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.
- Attribuer une carte vitale à toutes et à tous, y compris aux bénéficiaires de l'AME, pour faciliter la télétransmission des informations et lutter contre les refus et le renoncement aux soins.
- Sanctuariser la tutelle du ministère de la Santé sur les questions relatives à la santé des personnes étrangères, sans ingérence du ministère de l'Intérieur.

