

L'Aide médicale de l'Etat (AME)

Faits et controverses

Bibliographie thématique

Décembre 2025

Centre de documentation de l'Irdes

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Table des matières

Introduction : La protection sociale des étrangers en France en quelques dates	3
Problématique	3
Éléments de bibliographie	5
Publications de l'Irdes	5
Généralités	11
Rapports officiels	28
Articles	46

Introduction : La protection sociale des étrangers en France en quelques dates ¹

L'aide médicale de l'Etat (AME) est un dispositif mis en place en 2000 par le gouvernement Jospin permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins sans contribution préalable.

- Avant 1993 : Il n'existait aucune condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie. L'Aide médicale départementale (AMD) couvrait les besoins des plus fragiles y compris des sans-papiers.
- 1993 : [Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France](#). Cette loi modifie le [Code de la sécurité sociale. - art. L115-6 \(M\)](#) qui stipule que « Les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour ... »
- 1999 : La [loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle \(CMU\)](#) crée l' Aide médicale de l'État. Cette **protection santé** s'adresse aux **ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire : résidant en France** depuis plus de trois mois (sauf pour les mineurs, qui en bénéficient immédiatement) ; n'ayant **pas de titre de séjour** depuis plus de trois mois ; ne dépassant pas **certains plafonds annuels de ressources**, différents selon le lieu de résidence (département d'outre-mer [DOM] ou Hexagone) et la composition familiale. Les demandeurs d'asile ne bénéficient pas de l'AME mais ont accès à la [protection universelle maladie \(Puma\)](#) après trois mois de résidence en France.

Problématique

Depuis la création de l'Aide médicale de l'Etat (AME), de nombreuses propositions de réforme ont été envisagées, le plus souvent dans une perspective de durcissement des conditions d'accès à l'AME (droit d'entrée à l'AME, transformation de cette dernière en simple aide médicale d'urgence). Parmi les mesures effectivement mises en place figurent en 2003 la condition de résidence ininterrompue de trois mois pour pouvoir en bénéficier ou, en 2019, la mise en place d'un délai de neuf mois pour la prise en charge de certains soins et traitements non urgents ².

¹ Source : Vie-publique.fr

² [Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France](#)

Au-delà des débats que suscite l'Aide médicale de l'Etat, la littérature questionne la nécessaire conciliation entre les impératifs de santé publique, le respect des droits fondamentaux et la maîtrise budgétaire.

Cette bibliographie tente de rassembler la littérature sur les données tangibles concernant l'AME mais aussi de refléter les débats qu'occasionne la prise en charge de la protection sociale des personnes étrangères en France.

Une autre bibliographie sur un sujet corollaire est disponible dans l'espace documentation du site Internet de l'Irdes : [la Santé des migrants \(2022\)](#).

Eléments de bibliographie

PUBLICATIONS DE L'IRDES

Jusot, F., Marsaudon, A., Dourgnon, P., et al. (2024). "L'Aide Médicale de l'État : un dispositif humaniste et efficient." *Regards N° 64*(2): 155-164.

<https://shs.cairn.info/revue-regards-2024-2-page-155?lang=fr>

Marsaudon, A., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2024). "Patients like any others? Providing coverage to undocumented migrants in France: effects on access to care and usual source of care." *European Journal of Public Health*(14:ckae143): 6p.

<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckae143/7758228>

Medical State Assistance is a French public health insurance programme that allows undocumented migrants (UM) to access primary, secondary, and tertiary care services free of user charge, either premium or out-of-pocket. The objective of this study is to assess the effect of Medical State Assistance on access to healthcare services and on usual source of care (USC). We rely on representative data of 1,223 UM attending places of assistance to vulnerable populations in Paris and in the greater area of Bordeaux (France). In this sample, 51% of UM are covered by Medical State Assistance. We use probit and ordinary least square regressions to model healthcare uses of undocumented migrants. The results show that UM covered by Medical State Assistance are more likely to access outpatient healthcare services (by +22.4 percentage points) and less likely to do so on non-governmental organizations (by -6.7 percentage points) than their eligible but uncovered counterpart. Additionally, covered undocumented migrants made 36.9% more medical visits in outpatient healthcare services and 65.4% fewer visits in non-governmental organizations than eligible but uncovered ones. Moreover, covered UM are also more likely to report that primary care services are their USC, in preference to emergency departments and other outpatient care services. UM covered by Medical State Assistance are more likely to consult in outpatient healthcare services.

Dourgnon, P. (2023). "L'Aide médicale de l'Etat aux confins de l'Etat-providence : coût, état de santé, appel d'air, que nous enseigne la recherche ?". *Podcast n° 1*. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html>

Le premier épisode est consacré à l'Aide médicale de l'Etat (AME). Paul Dourgnon, directeur de recherche à l'Irdes, est interrogé à l'occasion de la parution du Questions d'économie de la santé n° 284, « Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat », réalisé avec Solène Petit, Jérôme Wittwer, Florence Jusot et Antoine Marsaudon. Cette étude, qui fait suite à de précédents travaux menés dans le cadre du projet de recherche Premiers pas, montre que les consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'AME sont similaires à celles des personnes couvertes par la Complémentaire santé solidaire non contributive (CSS-NC), pour les postes de soins bénéficiant d'un niveau de couverture identique. Des résultats qui viennent apporter un éclairage aux débats actuels dans le cadre du vote du projet de loi sur l'immigration, en novembre et décembre 2023.

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2023). "Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France." *Health economics policy and law* **18**(1): 32 - 48.

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/just-a-question-of-time-explaining-nontakeup-of-a-public-health-insurance-program-designed-for-undocumented-immigrants-living-in-france/57CF2FC00FAE7AED7E8E02D8D394B6F3>

State Medical Aid is a public health insurance program that allows undocumented immigrants with low financial resources to access health care services for free. However, the low take-up rate of this program might threaten its efficiency. The purpose of this study is therefore to provide the determinants of such a low take-up rate. To this end, we rely on the Premier Pas survey. This is an original representative sample of undocumented immigrants attending places of assistance to vulnerable populations in France. Determinants of State Medical Aid take-up are analyzed through probit and Cox modeling. The results show that only 51% of those who are eligible for the State Medical Aid program are actually covered, and this proportion is higher among women than among men. The length of stay in France is the most important determinant of take-up. It is worth noting that State Medical Aid take-up is not associated with chronic diseases or functional limitations and is negatively associated with poor mental health. There is, therefore, mixed evidence of health selection into the program. Informational barriers and vulnerabilities experienced by undocumented immigrants are likely to explain this low take-up.

Marsaudon, A., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2023). "Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État." *Questions d'économie de la santé (Irdes)*(280)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/280-acces-aux-soins-et-lieux-de-soins-usuels-des-personnes-sans-titre-de-sejour-couvertes-par-l-ame.pdf>

L'Aide médicale de l'État (AME) est une assurance santé publique et gratuite destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière. L'AME permet notamment d'accéder sans reste à charge aux cabinets du généraliste ou du spécialiste. Dans quelle mesure l'AME améliore-t-elle l'accès et l'usage des services de santé des personnes qui en bénéficient ? Dans ce Questions d'économie de la santé, nous étudions si les personnes étrangères en situation irrégulière couvertes par l'AME ont un recours aux soins différent de celles qui seraient éligibles mais non couvertes, tant en termes de services de santé visités que de lieux de soins usuels. Issus des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 à Paris et dans l'agglomération de Bordeaux, les résultats montrent que la couverture par l'AME est associée à un non-recours aux services de santé moins fréquent. Quand la durée de la couverture par l'AME augmente, la probabilité de consulter en cabinet médical ou en centre de santé s'accroît, alors que celle de recourir aux urgences ou dans une association diminue. De plus, les personnes couvertes ont une plus grande probabilité de déclarer comme lieu de soin usuel un cabinet médical ou un centre de santé. L'AME apparaît donc favoriser une meilleure intégration dans le système de santé, ses bénéficiaires substituant aux lieux de soins dédiés aux populations vulnérables des cabinets médicaux et centres de santé. Ces modes de recours sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des personnes dont l'état de santé nécessite un suivi régulier.

Moussaoui, S., Vignier, N., Guillaume, S., et al. (2023). "Association Between Pain and Mental Health Among Undocumented Immigrants in France." *Research Square Preprint (Version 1)*): 1-14.

<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3338734/v1>

Undocumented immigrants often face mental health issues and multisite pain. Links between pain and mental health have been described however not among undocumented immigrants in France. Describing these associations supports further research on the mental health of this population, especially when no cause can explain the pain. The main objective of this study was to analyze associations between pain and mental health among undocumented immigrants in France.

Petit, S., Wittwer, J., Dourgnon, P., et al. (2023). "Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat." Questions d'économie de la santé (Irdes)(284)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/284-une-analyse-des-consommations-de-soins-de-ville-des-personnes-couvertes-par-l-aide-medicale-de-l-etat.pdf>

L'Aide médicale de l'Etat (AME) permet-elle de lever les barrières financières à l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière ? De précédents travaux menés à partir de l'enquête Premiers pas ont montré que l'AME est associée à un non-recours aux soins moins fréquent, mais aussi qu'elle favorise les consultations médicales en cabinet ou en centre de santé, plutôt que dans les services d'urgence et les associations. Ainsi, les modalités de recours aux soins des personnes couvertes par l'AME se rapprochent de celles du reste de la population résidente. Dans cette seconde étude, nous comparons les consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'AME à celles des personnes couvertes par la Complémentaire santé solidaire non contributive (CSS-NC). Comme les bénéficiaires de l'AME, les personnes couvertes par la CSS-NC ont de faibles revenus. Elles sont aussi en plus mauvais état de santé que le reste de la population française. Les consommations de soins ambulatoires de ces deux groupes de population sont-elles proches ? Les résultats, basés sur l'étude de deux cohortes administratives construites à partir des données de remboursement de 2018 de la Caisse primaire d'assurance maladie de Gironde, montrent que les deux populations ont des consommations voisines sur l'ensemble des postes de soins, à l'exception des postes bien couverts par la CSS-NC, mais en revanche peu couverts par l'AME, comme les soins dentaires et l'optique.

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2022). "Non, l'Aide médicale d'État n'encourage pas les migrations pour raisons de santé." De facto(31): 30-33.

<https://www.icmigrations.cnrs.fr/wp-content/uploads/2022/03/DF31-Dourgnon-et-al.pdf>

L'AME est une assurance publique donnant accès aux étrangers en situation irrégulière (ESI) à la plupart des services de santé sans restes à charge. Elle suscite des débats clivants. Un argument fréquemment soulevé par ses opposants est que « les sans-papiers viennent en France pour profiter du système de santé ». Les résultats de l'enquête Premiers Pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon représentatif d'ESI montrent une tout autre réalité. Tout d'abord, seuls 9,5 % d'entre eux évoquent la santé comme motif de venue en France. De plus, seuls 51 % des ESI éligibles sont couverts par l'AME. Le principal facteur explicatif du recours à l'AME n'est pas l'état de santé ni le motif de venue en France, mais la durée de séjour sur le territoire. Si l'accès à l'AME est croissant avec la durée de séjour, même après 5 ans en France, 34,6 % des ESI restent non couverts.

Gabarro, C., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2022). "L'aide médicale d'Etat, la fabrique d'un faux problème." De facto(31): 74p.

<https://www.icmigrations.cnrs.fr/defacto/defacto-031/>

Dans le contexte des élections présidentielles à l'issue de deux années de pandémie, l'aide médicale d'État (AME) est une fois de plus dans le viseur de certain.e.s candidat.e.s. Croisant expertises scientifiques et expériences professionnelles, ce numéro de *De facto* répond à l'actualité électorale par les faits. Contre la rhétorique de l'effet d'« appel d'air » de l'AME, Céline Gabarro documente la détérioration des conditions d'obtention. En chiffres, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Antoine Marsaudon et Jérôme Wittwer démontrent la sous-utilisation du dispositif. Quant au coût économique de l'AME, Nicolas Vignier le relativise en soulignant l'importance des conséquences sanitaires et budgétaires qu'entraînerait sa suppression. À la lumière de vingt années de débat, Caroline Izambert pointe le décalage patent entre discours politique et expertise scientifique. La remise en cause de l'accès aux soins des étrangers est un phénomène qui touche d'autres pays européens. En Italie, Roberta Perna relate comment l'extrême-droite s'attaque au caractère universel et inclusif du système de santé avec en ligne de mire les migrant.e.s. En Grèce, Christiane Vollaire et Phillippe Bazin reviennent en images sur l'« archipel de solidarités » qui se développe en résistance face à l'effondrement du système de santé pour venir en aide aux populations autochtones comme migrantes. Enfin, en Allemagne, Jérémie Geereart explique le rôle du milieu associatif qui se bat pour faire évoluer les lois et améliorer l'accès aux soins pour les étrangers.

Prieur, C., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2022). "Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France." *Questions d'économie de la santé (Irdes)*(266) <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/266-une-personne-sans-titre-de-sejour-sur-six-souffre-de-troubles-de-stress-post-traumatique-en-france.pdf>

Les Troubles de stress post-traumatique (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle. Ces troubles nécessitent une prise en charge spécialisée. Pour les personnes sans titre de séjour, la migration peut avoir donné lieu à des expériences traumatiques sur le parcours migratoire ou dans le pays d'accueil, qui peuvent s'ajouter à des traumatismes plus anciens survenus dans le pays d'origine, alors que les conditions de vie sur le sol français sont susceptibles de favoriser le développement de TSPT. Quelle est la prévalence des troubles de stress post-traumatique au sein de cette population encore mal connue ? Comment les conditions de migration et les conditions de vie dans le pays d'accueil jouent-elles sur leur prévalence ? Quel est l'accès à l'Aide médicale de l'Etat (AME) des personnes qui en souffrent ?

Vignier, N., Moussaoui, S., Marsaudon, A., et al. (2022). "Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Surveys." *Frontiers in public health*(10): 1-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9386354/>

An increase in migration rates to the European Union has been observed over the last few years. Part of these migrants is undocumented. This work aimed to describe the reported frequency of infectious diseases and their associated factors among unselected samples of undocumented migrants in France. The Premier Pas survey is a cross-sectional epidemiological survey of a random sample (two-stage sample design) conducted among undocumented migrants recruited in Paris and the Bordeaux region, in places and facilities

likely to be frequented by undocumented migrants. The percentages were weighted. The analysis was performed using Stata 15.1 software.

Marsaudon, A., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2020). "Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour Questions d'économie de la santé (Irdes)(253) <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/253-anticiper-les-consequences-de-l-epidemie-covid-19-et-des-politiques-de-confinement-pour-les-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>

À partir des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès de personnes étrangères sans titre de séjour et de structures leur proposant de l'assistance, cette étude éclaire les risques encourus par cette population du fait de l'épidémie et des confinements successifs. La vulnérabilité des personnes sans titre de séjour aux facteurs de risque médicaux, leur situation économique ainsi que leurs problèmes de santé mentale les rendent plus fragiles aux conséquences de la mise en quarantaine. Alors qu'un second confinement est en place, il est important d'en anticiper les conséquences sur une population mal connue. Ce Questions d'économie de la santé s'inscrit dans la suite des travaux menés à partir de l'enquête Premiers pas sur la santé et l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour en France. Il vient compléter trois autres Questions d'économie de la santé. Le premier revenait sur l'histoire des droits des personnes étrangères sans titre de séjour en France et dressait un état des lieux des connaissances concernant l'Aide médicale de l'État (AME). Le second présentait la méthodologie de l'enquête et le troisième était consacré à l'analyse de l'accès à l'AME.

Dourgnon, P., Guillaume, S. et Jusot, F. (2019). "Etudier l'accès à l'Aide médicale de l'État. L'enquête premiers pas." Questions d'économie de la santé(n°244):

L'Aide médicale de l'État (AME), l'assurance maladie destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière en France, reste très mal connue. Quelles sont les caractéristiques sociales, économiques et sanitaires des personnes étrangères en situation irrégulière bénéficiant de l'AME ? Qui sont celles qui ne recourent pas au dispositif ? Pour quelles raisons ? Quels sont les recours aux soins et à l'assurance santé des personnes étrangères en situation irrégulière ? L'AME permet-elle à ses assurés d'accéder aux services de santé ? Les récents débats portant sur une possible réforme de l'AME n'ont pu s'appuyer que sur des informations éparses et incomplètes. L'enquête Premier pas vise à apporter de premières réponses à ces questions. Elle a été menée en 2019 auprès de 1 223 étrangers sans titre de séjour dans 63 lieux et structures, à Paris intra-muros et dans l'agglomération de Bordeaux. Après une description du protocole, de l'organisation de la collecte et du bilan statistique de l'enquête, nous présentons la structure de l'échantillon. Ce deuxième Questions d'économie de la santé sur l'accès à l'AME des personnes étrangères en situation irrégulière à partir de l'enquête Premiers pas s'inscrit dans une série. Le premier revenait sur l'histoire des droits de cette population en France et dressait un état des lieux des connaissances et ignorances concernant le dispositif de l'AME. Le troisième sera consacré à l'analyse de l'accès à l'AME.

Jusot, F., Dourgnon, P., Guillaume, S., et al. (2019). "Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas." Questions d'économie de la santé (Irdes)(245) <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

La France a choisi de longue date de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière avec l'Aide médicale gratuite puis, depuis 2000, l'Aide médicale de l'Etat (AME). L'existence d'un tel dispositif ne garantit pas, à elle seule, que l'ensemble des personnes éligibles y accèdent ni en fassent usage. Nous étudions ici le recours à l'AME et ses déterminants à partir des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de personnes étrangères sans titre de séjour. Seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME. Près de la moitié des personnes sans titre de séjour déclarant souffrir de pathologies nécessitant des soins, comme le diabète ou les maladies infectieuses, ne sont dans les faits pas assurées pour la santé, ni par l'AME, ni par l'assurance maladie de droit commun. Le recours à l'AME est un peu plus important chez les 10 % ayant cité la santé parmi leurs motifs de migration. Il est cependant assez peu corrélé aux problèmes de santé, en dehors des troubles musculo-squelettiques. Le recours à l'AME augmente avant tout avec la durée de séjour sur le territoire. Ces résultats suggèrent que la plupart des migrants ont peu de connaissances de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir d'un dispositif complexe. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME. Ce troisième Questions d'économie de la santé sur l'accès à l'Aide médicale de l'Etat des personnes étrangères en situation irrégulière s'inscrit dans une série. Le premier rappelle l'histoire des droits de cette population en France et dresse un état des lieux des connaissances sur le dispositif de l'AME. Le deuxième présente l'enquête Premiers pas.

Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., et al. (2019). "Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue." *Questions d'économie de la santé (Irdes)*243): 8p.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protger-la-sante-des-personnes-etrangees-en-situation-irreguliere-en-france.pdf>

Depuis sa création en 2000, l'Aide médicale de l'État (AME), assurance publique permettant aux personnes étrangères en situation irrégulière d'accéder à des services de santé, polarise le débat. Quand certains rappellent le devoir de protection d'une population vulnérable et l'universalité du droit à la protection de la santé en France, d'autres suspectent un dévoiement du système qui favoriserait l'immigration irrégulière. Dans un contexte de fortes contraintes financières pour le système de santé, les questions de légitimité, de coût et d'efficacité de l'AME sont posées de façons plus aiguës. Pour autant, les informations sur les personnes sans-papiers comme sur ce dispositif sont longtemps restées très lacunaires. Le projet Premier pas, mené par l'université de Bordeaux et l'Irdes se fonde sur ce constat et vise à étudier l'accès à l'AME et le recours aux services de santé des personnes en situation irrégulière en France. Trois Questions d'économie de la santé proposent : de décrire le contexte et la problématique de la protection des personnes en situation irrégulière en France ; puis une présentation de l'enquête Premier pas recueillie auprès des personnes éligibles à l'AME ; enfin les premiers résultats de l'enquête sur l'accès à l'AME de ces personnes. Ce premier article revient sur l'histoire des droits à la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France et dresse un état des lieux des connaissances, comme des besoins de connaissances sur le dispositif.

Perronnin, M., Marié, R., Raymond, G., et al. (2018). "Pour quels soins et quels patients ?" *ADSP Actualité et dossier en santé publique*(102): pp.24-35.

Les restes à charges sont inégalement répartis selon l'état de santé, le niveau de vie et le lieu de résidence. Des dispositifs existent pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes à faible revenu, mais ils ne compensent pas la totalité des dépenses engagées.

Berchet, C. et Jusot, F. (2012). "Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français." Questions d'économie de la santé (Irdes)(172)
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

Cette étude propose une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années. Malgré la divergence des résultats de la littérature - due notamment à la diversité des indicateurs utilisés et des périodes considérées -, cette synthèse souligne l'existence de disparités entre les populations française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, les femmes, et varient selon le pays d'origine. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté. Si des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de santé initial des immigrés, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins. Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique adaptées visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère, notamment à travers la prévention, le développement d'actions de proximité et de simplification de l'accès à certains droits et dispositifs tels que la Couverture maladie universelle ou l'Aide médicale d'État.

GENERALITES

Médecins du Monde (2025). "Renouer avec la promesse de la sécurité sociale de 1945 : pour un accès de tous·tes à la santé et une protection maladie véritablement universelle". Paris, Médecins du Monde

<https://www.medecinsdumonde.org/actualite/rapport-2025-de-lobservatoire/>

Créée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la Sécurité sociale reposait sur une promesse d'universalité. 80 ans plus tard, le système s'est développé et élargi, permettant de couvrir les besoins en santé d'une grande partie de la population. Pourtant, Médecins du Monde démontre dans son Rapport 2025 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins que les inégalités demeurent, voire s'aggravent, et appelle à l'instauration d'une couverture maladie vraiment universelle.

Huteau, G., Allanic, M., André, J.-M., et al. (2025). "Chapitre 8. Les politiques envers les migrants et gens du voyage". In: [Politiques sociales et de santé]. Rennes, Presses de l'EHESP: 251-280.

<https://shs.cairn.info/politiques-sociales-et-de-sante--9782810908738-page-251>

Moussaoui, S. (2025). "État de santé et accès aux soins préventifs des migrants sans titre de séjour en France : rôle de la migration, des conditions de vie en France et comparaison avec les migrants en situation régulière". Bordeaux Université de Bordeaux. Life Sciences [q-bio]/Human health and pathology Theses

<https://theses.hal.science/tel-05324971>

Les migrants sans titre de séjour (MSTS) en France constituent une population marginalisée dont la santé est peu étudiée. Cette thèse propose d'explorer l'état de santé, l'accès à la prévention, ainsi que l'articulation entre douleur et santé mentale chez les migrants sans titre de séjour, tout en analysant l'influence des déterminants sociaux de santé (DSS) et en particulier des conditions de vie sur ces différents aspects. Ce travail a été mené à partir de l'enquête Premiers Pas qui est une enquête représentative des MSTS en France et d'un échantillon représentatif des migrants avec titre de séjour (MATS) en France (enquête EHIS). Le premier axe portait sur l'état de santé général des MSTS. Les indicateurs analysés étaient la dépression, l'asthme, l'hypertension artérielle, le diabète et l'état de santé perçu. Des prévalences élevées de dépression et de mauvais état de santé perçu étaient retrouvées avec une forte influence des conditions de vie. Après ajustement sur plusieurs DSS, les MSTS présentaient un risque plus élevé de dépression et de mauvais état de santé perçu que les MATS. Le deuxième axe s'est intéressé à l'accès aux soins préventifs et la consommation de tabac et d'alcool. De la moitié à deux tiers des participants déclarait avoir eu accès à des soins préventifs depuis l'arrivée en France. L'accès à une couverture maladie (Aide Médicale de l'Etat) et le temps passé en France étaient des facteurs associés à un meilleur accès. Même si elles étaient en dessous de celles de la population générale française, les prévalences de consommation de tabac et d'alcool étaient non négligeables. Ces consommations étaient plus fréquemment retrouvées chez les hommes et chez les personnes originaires d'Afrique du Nord. Les taux de consommation de tabac étaient plus élevés chez les MSTS que chez les MATS. Enfin, le troisième axe proposait d'analyser l'association entre douleur et santé mentale chez les MSTS. Nos résultats ont mis en évidence une association forte et persistante entre ces deux dimensions, même après ajustement sur les DSS. Ces résultats sont des arguments en faveur d'une exploration systématique de la santé mentale des MSTS consultant pour douleurs. 3 Ces différents axes apportent des données inédites montrant que la santé des MSTS en France est fortement influencée par les conditions de vie dégradées. Le plus mauvais état de santé mental et perçu des MSTS, arrivées plus récemment, en comparaison avec les MATS, en France depuis plus longtemps, questionne la validité des théories connues sur la santé des migrants, telles que l'«exhausted migrant effect ». Les résultats de cette thèse suggèrent que ces théories pourraient être des modèles insuffisants pour expliquer la santé des MSTS, les mauvaises conditions de vie ayant des effets significatifs sur certains indicateurs de santé. Il est probable qu'au sein même de la population de MSTS, l'effet des conditions de vie ait un impact différent selon par exemple le mode d'entrée en France (avec ou sans titre de séjour). En conclusion, les résultats de ce travail soulignent l'importance des déterminants structurels de la santé, tels que les politiques publiques, pour répondre aux problématiques en lien avec les conditions de vie. Des mesures telles que l'accès au marché du travail, l'accès aux logements sociaux ou la régularisation du statut administratif sont des facteurs d'intégration majeurs pouvant influencer positivement l'état de santé des MSTS. Si elle expliquait très peu les différences d'état de santé, l'accès à la couverture maladie demeure essentiel pour garantir l'accès aux soins, notamment préventifs, de cette population. Des politiques de santé plus inclusives, tenant compte des besoins particuliers des MSTS et des facteurs psychosociaux, pourraient améliorer leur intégration au sein du système de santé.

Andre, J. (2024). "L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France. Une analyse critique des projets de réforme de l'aide médicale de l'état". Paris, Fondation Jean Jaurès
<https://www.jean-jaures.org/publication/laces-aux-soins-des-etrangers-en-situation-irreguliere-en-france-une-analyse-critique-des-projets-de-reforme-de-laide-medicale-de-letat/>

Lors du débat sur la loi immigration votée en décembre 2023, la question de l'Aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière a été régulièrement soulevée. Pourtant, Jean-Marie André, économiste à l'École des hautes études en santé publique (CNRS UMR 6051 ARENES) démontre qu'elle représente un montant modeste par rapport à la dépense de santé couverte par la Sécurité sociale, surtout au regard des multiples risques que sa suppression feraient courir. Des pistes d'amélioration sont toutefois envisageables.

Aubin-Kanezuka, E. (2024). "Droit de l'aide et de l'action sociales", Gualino éditeur

La question sociale est au cœur de l'actualité en raison de sa forte dimension humaine et de son lien avec les évolutions de la société : aide aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance, indemnisation et aide sociale des chômeurs mais aussi lutte contre les pauvretés et les nouvelles exclusions qui touchent désormais plusieurs millions de personnes en France. Cet ouvrage développe successivement les enjeux, les sources et les interventions sociales ciblées sur des catégories d'individus en situation de besoin dans la République sociale. Il intègre les réformes les plus récentes dont la réforme du RSA en 2024, les nouvelles conditions d'indemnisation des chômeurs ou encore la loi sur le bien vieillir en France (4ème couv.).

Grimaldi, A. et Bourdillon, F. (2024). "Notre santé : 7 questions, 7 réponses". Paris, Editions Odile Jacob

Crise des urgences, déserts médicaux, épidémie des maladies chroniques, insuffisance de la prévention, ruptures de médicaments anciens essentiels et coût exorbitant des nouveaux traitements, tels sont les grands défis de santé auxquels nous sommes confrontés. Face à la pénurie de médecins, d'infirmières, de lits, de médicaments, les gouvernements successifs ont empilé les rustines. Notre système fracturé, soumis à la contrainte budgétaire, est à bout de souffle, tandis que se développe le business de groupes financiarisés. Une autre politique est cependant possible. Mais le Conseil national de la refondation (CNR) annoncé après la pandémie est mort-né. La démocratie sanitaire est en panne. Le débat est confisqué. André Grimaldi et François Bourdillon, partant des préoccupations des patients et s'appuyant sur leurs expériences respectives, présentent des solutions concrètes pour la refondation de notre système de santé (4è de couv.)

Académie nationale de médecine (2023). "Assurer l'accès aux soins et l'égalité de traitement pour tous". Paris, Académie nationale de médecine
<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/11/Communique-ANM-et-AME-2.pdf>

Le dispositif de l'aide médicale d'État (AME) vise à offrir une protection santé aux étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français depuis au moins 3 mois sous condition de faibles ressources. Dans ce contexte, l'Académie Nationale de Médecine (ANM) tient à réaffirmer les recommandations qu'elle avait émises en 2017 en faveur d'une facilitation des procédures d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. En 2020, l'ANM proposait de créer une protection maladie réellement universelle rassemblant

l'AME et la Protection Universelle Maladie (PUMA) garantissant l'accès aux soins pour toute personne résidant sur le territoire national. L'ANM réaffirme son opposition à toute restriction du champ d'application des soins qui implique la distinction artificielle entre soins urgents et non-urgents.

Apur (2023). "Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris. Volet 2 : recours aux soins et aux dispositifs de prévention". Paris, Apur

<https://www.apur.org/fr/population-societe/sante-bien-etre/inegalites-sociales-territoriales-sante-grand-paris>

Ce document constitue le deuxième volet d'une étude portant sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans la Métropole du Grand Paris inscrite au programme de travail 2023 de l'Apur. Son objectif est de contribuer à caractériser les populations et territoires en moindre recours aux dispositifs de prévention et de soins dans le Grand Paris, s'appuyant une analyse statistique et cartographique réalisée en partenariat avec l'Assurance Maladie. L'étude fait état de plus de 7 millions d'assurés dans la Métropole du Grand Paris, dont 15 % sans médecin traitant déclaré. 10,5 % de la population assurée métropolitaine est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire et moins de 2 % de l'Aide Médicale d'État. Plus d'un assuré sur dix n'a pas bénéficié d'un suivi médical ou dentaire depuis au moins deux ans à l'échelle métropolitaine. Plus de 17 % de la population est atteinte d'une affection de longue durée, avec d'importantes disparités territoriales. D'importantes inégalités sociales sont observées à l'échelle du Grand Paris en matière de recours aux programmes de prévention-cancer. Les taux de recours les plus faibles se situent dans les communes les plus modestes de la Métropole. La dernière partie de l'étude propose une analyse de l'ensemble de ces indicateurs au niveau des quartiers. Elle met en regard les résultats avec d'autres données démographiques et sociales selon une approche écologique visant à caractériser les territoires dans lesquels les résultats diffèrent. Ce travail confirme qu'il existe un lien négatif fort entre situation de défaveur sociale et moindre recours aux soins et aux programmes de prévention.

Cimade (2023). "Entraves dans l'accès à la santé : Rapport d'enquête interassociatif". Paris, La Cimade

<https://www.lacimade.org/publication/rapport-denquete-entraves-dans-lacces-a-la-sante/>

Ce rapport d'enquête réalisé par cinq associations (la Cimade, Médecins du Monde, Comede, Dom'Asile et le Secours Catholique 93) évalue les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'AME. Cette dernière permet aux personnes étrangères sans droit de séjour, et sous condition de ressources, de bénéficier d'une couverture santé. La réforme de 2019 a notamment introduit un délai de trois mois de présence sur le territoire et l'obligation d'un dépôt physique pour une première demande. Les auteurs du rapport estiment que leur enquête met en évidence une importante détérioration de l'accès à l'AME à travers un cumul d'obstacles administratifs. 64% des personnes interrogées ont rencontré des difficultés pour se soigner faute de couverture santé. Parmi elles, sept sur dix ont renoncé aux soins.

Aubin-Kanezuka, E. (2023). "L'essentiel du droit des politiques sociales", Gualino éditeur

Cet ouvrage présente, en dix chapitres, l'essentiel du droit applicable aux politiques sociales en mettant en avant les normes et les conventions applicables les plus récentes, ainsi que les réformes. Cette 14e édition intègre la réforme de l'indemnisation des chômeurs entrée en

vigueur le 1er février 2023 ainsi que celle du RSA dans le cadre du projet de loi sur le plein emploi de juin 2023, la loi du 7 février 2022 relative à la "protection des enfants" et la loi 3DS du 21 février 2022 dans ses dispositions sur les politiques sociales et sanitaires...

Comede (2023). "Personnes étrangères vulnérables : prévention, soins, accompagnement. : Guide pratique pour les professionnel·le·s édition 2023". Le Kremlin-Bicêtre, C.O.M.E.D.E.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/personnes-etrangees-vulnerables-prevention-soins-accompagnement.-guide-pratique-pour-les-professionnel-le-s>

Ce guide en partenariat avec Santé publique France tente de proposer des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des personnes exilées. Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs de leur parcours est déterminante dans les soins et l'accompagnement proposés. Destiné à favoriser une approche pluridisciplinaire, ce guide est composé de quatre parties repères, droits et accompagnement, accès aux soins, soins et prévention dont les informations théoriques et pratiques sont complémentaires pour les différents lecteurs auquel s'adresse ce guide : professionnel·le·s de santé, du social, de l'accompagnement juridico-administratif, bénévoles, etc.

Migrations santé. (2023). L'aide Médicale d'État est un droit légitime. Plaidoyer pour le maintien de l'AME. Montreuil : Migrations santé

<https://migrationsante.org/wp-content/uploads/2023/09/L-aide-Medicale-dEtat-une-aide-sociale-legitime.pdf>

Rolland, L., Mendras, P., Roy, D., et al. (2023). "Refus de soins discriminatoires". Paris, I.P.P. (Rapport IPP 43)

<https://www.ipp.eu/actualites/refus-de-soins-discriminatoires>

Cette étude a été réalisée à la demande du Défenseur des droits et du ministère de la santé et de la prévention, représenté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Direction de la sécurité sociale (DSS). Son objectif est d'évaluer l'existence de discriminations dans l'accès aux soins des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME) en mettant en place un testing téléphonique auprès de 3 000 médecins. L'étude porte spécifiquement sur la médecine de ville auprès de trois spécialités médicales (médecine générale, pédiatrie, ophtalmologie). La discrimination est mesurée à partir de la comparaison des taux et des délais d'obtention d'un rendez-vous médical entre différents profils de patients ou patientes.

Serviere, S. f. (2023). "Aide médicale d'Etat : comment cela fonctionne chez nos voisins européens ?". Paris, Fondation Ifrac

<https://www.ifrap.org/etat-et-collectivites/aide-medicale-detat-comment-cela-fonctionne-chez-nos-voisins-europeens>

Dans le cadre des dernières négociations autour de la loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration et alors que l'AME semble un point de cristallisation entre la majorité

et l'opposition Les Républicains, il semble important de fournir une comparaison synthétique entre le régime de l'AME (aide médicale d'Etat) actuellement en vigueur en France et les mesures similaires en vigueur (lorsqu'elles existent) chez certains de nos voisins européens.

(2022). "Étrangers malades résidant en France : Démarches préfectorales et accès aux droits". Paris, O.D.S.E.

<https://www.odse.eu.org/spip.php?article238>

Les lois du 7 mars 2016 et du 10 septembre 2018 sur l'immigration et leurs textes d'application ont modifié les conditions et les procédures pour l'admission au séjour et la protection contre l'expulsion des personnes étrangères gravement malades résidant en France. Ces changements nécessitent une actualisation des connaissances et une modification des démarches à entreprendre par les étrangers-es malades et les personnes et professionnels qui les accompagnent. Cette brochure est spécifiquement à destination des étrangers-es malades et des personnes qui les accompagnent (travailleurs-ses sociaux-les, associations, soignants-es, etc.)

(2021). "Procédure d'admission au séjour pour soins : rapport au Parlement". Paris, O.F.I.I.

<https://www.ofii.fr/procEDURE-DADMISSION-AU-SEJOUR-POUR-SOINS-RAPPORT-AU-PARLEMENT/>

Au terme de la cinquième année de mise en œuvre de la procédure d'admission au séjour pour soins dite « Etranger Malade », le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration publie le quatrième rapport au Parlement. Document de référence sur la procédure d'admission au séjour pour soins depuis 2017, le rapport 2020 comporte des suggestions d'évolutions de la procédure, ainsi que l'analyse des principales pathologies et des données générales de santé publique recueillies lors de l'instruction des dossiers. Ce dispositif, complémentaire de l'aide médicale d'État (AME), reste une exception française dans le monde et permet chaque année depuis sa création à des dizaines de milliers de personnes étrangères éligibles de se faire soigner, même dans des secteurs en tension. En 2020, 26.000 personnes ont demandé un visa spécifique, essentiellement des Africains, mais aussi quelques ressortissants japonais, saoudiens, émiratis, canadiens et américains.

Combas-Richard, A. (2021). "« Aller vers les publics les plus fragiles ». Une démarche expérimentale envers les publics les plus éloignés du système de soins, à l'occasion de la campagne vaccinale en Seine-Saint-Denis". Paris, Terra Nova

<https://tnova.fr/economie-social/protection-sociale-solidarites/une-demarche-experimentale-envers-les-publics-les-plus-eloignes-du-systeme-de-soi/>

Bien que la moyenne d'âge du département soit basse, la Seine-Saint-Denis (93) est particulièrement touchée par l'épidémie de Covid-19. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une des collectivités territoriales les plus denses de France, avec 6 871 habitants au km². 30% des logements présentent par ailleurs une suroccupation et le département connaît un taux de pauvreté de 28%. Beaucoup de ses habitants occupent également des emplois de seconde ligne et passent beaucoup de temps dans les transports en commun. La Seine-Saint-Denis est marquée par de fortes inégalités sociales de santé et une prévalence importante des comorbidités. Afin d'inciter à la vaccination, la Cnam a déployé une pédagogie ciblée, via des appels téléphoniques. Ont ainsi été identifiés les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), ceux de l'Aide médicale d'État (AME) et les assurés n'ayant pas déclaré de médecin traitant. Les appels vers ces publics se sont doublés d'un

courrier adapté ayant fait l'objet d'un pré-testing pour mieux faire connaître la démarche. La caisse a également pu poursuivre la stratégie multilingue initiée avec le contact tracing et faciliter le transport vers les centres de vaccination, notamment en partenariat avec Uber. Les premières évaluations montrent un impact significatif de cette campagne. Au 11 avril, 64,9% des plus de 75 ans résidant dans le département étaient vaccinés alors que sans ce dispositif, ce pourcentage se situerait plutôt aux alentours de 54%. Cette campagne a également permis d'analyser les motifs de refus ou d'hésitation face à la vaccination

Martin, P. G. P. (2021). "L'assistance d'État gérée par l'assurance maladie (CMU/AME)". RT6Working Paper

<https://hal.science/hal-03207277>

La mise en œuvre de la Couverture maladie universelle (CMU)/ Aide médicale État (AME) en 2000 s'inscrit dans une tension historique entre assistance et assurance. Loin de finaliser le processus d'universalisation de la protection sociale, la CMU/AME constitue un dispositif d'assistance d'État. La montée en charge de ce dernier, observé et étudié dans une Caisse primaire d'assurance maladie de 2004 à 2008, s'encadre dans une nouvelle organisation managériale de l'accueil physique qui préside au classement-déclassement des usagers et des agents. Ce dispositif d'assistance d'État, articulé à la reconfiguration de l'accueil engendre, chez les agents d'accueil, des usages du pouvoir discrétionnaire-allant de la bienveillance à la punition-dans leurs interrelations au guichet avec les usagers les plus précaires. L'exercice du pouvoir discrétionnaire s'origine dans la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie qui convoque la rationalisation managériale de l'accueil physique, la « maîtrise des dépenses » et la « lutte contre les fraudes ». Dans une configuration où l'assurance maladie a été investie d'une fonction d'État, l'« assisté » dépend fortement du jugement moral de l'agent, qui par l'exercice du pouvoir pastoral (Foucault, 2004) rend l'utilisateur doublement tributaire.

Médecins du Monde (2020). "Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France : rapport 2019". Paris, Médecins du Monde

<https://www.medecinsdumonde.org/statement/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2019>

L' Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire. Au travers de ces programmes d'intervention en France, le rapport de l'année 2018 fait le même constat que celui des années précédentes : la grande majorité des personnes, qu'elle soit bénéficiaire de l'AME ou demandeuse d'asile, que nous accueillons et soignons dans nos centres d'accueil, de soin et d'orientation (CASO) se trouve physiquement et psychologiquement épuisée et nécessite une prise en charge médicale immédiate. Parmi elles, 85,7 % n'ont aucune couverture maladie.

André, J.-M. et Fassin, D. (2019). "La santé des migrants en question(s)", Hyg e Editions

Depuis 2015, l'arrivée de populations d'Afrique et du Moyen-Orient en Europe a cristallisé les tensions politiques entre pays membres, divisés face à la « crise migratoire ». Mais, au-delà des discours alarmistes et/ou extrémistes, il apparaît que cette « crise » est moins liée au flux migratoire qu'à la gestion des conditions d'accueil. Quel est l'état de santé des migrants ? Comment accèdent-ils aux soins ? Quel est le rôle et le quotidien des professionnels de santé et acteurs de la solidarité ?   travers ces thématiques, des experts répondent, études et chiffres à l'appui, à certaines idées reçues sur les migrants (porteurs de maladies transmissibles, profitant du système de protection sociale français...) et décrivent les insuffisances des conditions d'accueil. (extrait 4 me cov.)

De Fournoux la Chaze, M.. (2019). "Le circuit administratif et financier des patients sans couverture sociale au centre hospitalier de Saint-Denis. Un exemple de prise en charge des patients précaires à l'hôpital public". Paris ; EHESP

Le centre hospitalier de Saint-Denis est le seul établissement public de santé d'un territoire 430 000 habitants. Avec plus de 75 % de la patientèle qualifiée de très précaire, il est investi dans la prise en charge particulière de ces patients. L'établissement rencontre toutefois des difficultés croissantes liées à la situation des patients sans couverture sociale : les textes législatifs et réglementaires récents réduisent les possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie pour les étrangers, le nombre de patients sans aucune couverture sociale augmente depuis 2014, un nombre croissant de dossiers d'ouverture de droits est ralenti ou bloqué (sur près de 4000 demandes par an, près d'un quart fait l'objet d'une demande de pièces complémentaires ou est classé sans suite). Cela se traduit par un non recouvrement persistant des créances avec plus de deux millions d'euros de restes à recouvrer chaque année. Plus particulièrement depuis 2016, les patients étrangers inactifs rencontrent des difficultés d'affiliation à l'Assurance maladie qui se répercutent à toutes les étapes du circuit administratif et financier : une couverture sociale moindre, des délais plus longs et une procédure plus exigeante pour l'ouverture de droits, des dates d'affiliation postérieures aux soins et une facturation et un recouvrement rendus difficiles. Les risques financiers nouveaux identifiés peuvent alors faire l'objet d'un plan d'actions priorisé, qui vise notamment à : alerter la CPAM sur les situations problématiques représentant un préjudice financier important, améliorer ses organisations internes et nouer des partenariats pour rendre les ouvertures de droits et leur suivi plus fluides et anticiper les évolutions normatives à venir relatives au droit à l'Assurance maladie des personnes étrangères. (R. A.)

Médecins du Monde (2019). "Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France : rapport 2018". Paris, Médecins du Monde
<https://www.medecinsdumonde.org/statement/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2018/>

L' Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à

enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire. Au travers de ces programmes d'intervention en France, le rapport de l'année 2018 fait le même constat que celui des années précédentes : la grande majorité des personnes, qu'elle soit bénéficiaire de l'AME ou demandeuse d'asile, que nous accueillons et soignons dans nos centres d'accueil, de soin et d'orientation (CASO) se trouve physiquement et psychologiquement épuisée et nécessite une prise en charge médicale immédiate. Parmi elles, 85,7 % n'ont aucune couverture maladie.

(2018). "Personnes étrangères malades : Soigner ou suspecter ?". Paris, La Cimade

https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/06/La_Cimade_Soigner_Suspecter.pdf

La loi du 7 mars 2016 représente une large réforme du dispositif de protection médicale devant permettre aux personnes étrangères malades ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine d'obtenir un titre de séjour pour soins. Dans un récent rapport, la Cimade analyse les effets de cette loi qui est entrée en vigueur au début de l'année 2018. L'Association dénonce que de plus en plus d'étrangers gravement malades, notamment séropositifs, sont visés par des décisions d'expulsion. Concrètement, en 2017, le nombre de titres de séjour délivrés pour raisons médicales a chuté de 37 %. La nouvelle procédure imposées aux personnes malades est bien plus complexe, et laisse les demandeurs sous la menace de l'expulsion. Détaillant tous les obstacles jalonnant la procédure, le rapport s'appuie sur les constats de bénévoles de l'association ainsi que sur divers témoignages. La Cimade examine de plus comment la loi du 7 mars donne l'ascendant aux préfets sur les médecins, certains malades se voyant refuser un titre de séjour pour soins alors que le médecin leur avait remis un avis favorable. Elle pointe aussi du doigt le manque de transparence s'agissant des critères utilisés pour établir l'avis médical.

Duchene, C. (2018). "Les grands débats qui font l'actu : santé et société". Paris, Editions Dunod

Ce livre décrypte tous les tenants et aboutissants des grands enjeux sociétaux actuels liés aux questions de santé. Assurance maladie, euthanasie, IVG, COP21, salles de shoot, paquet de cigarettes neutre... ces sujets de l'actualité récente questionnent la société mais restent complexes à saisir pour qui cherche à se faire une opinion complète et objective. Cet ouvrage en offre la synthèse en présentant pour chaque thématique : le débat, l'état des lieux des parties-prenantes et les arguments en présence, l'analyse critique.

Médecins du Monde (2017). "Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2016". Paris, Médecins du Monde

<https://www.medecinsdumonde.org/statement/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2016/>

L'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur

un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire. Au travers de ces programmes d'intervention en France, le rapport de l'année 2016 fait le constat des difficultés rencontrées par les personnes précaires pour faire valoir leurs droits et leurs accès aux soins. Dans un nouveau rapport, l'Observatoire de Médecins du Monde critique « une gestion désastreuse de l'accueil des migrants par les autorités françaises ». L'Observatoire dénonce une dégradation des conditions d'accueil des demandeurs d'asile ainsi qu'un non-respect du droit à la protection pour les mineurs non accompagnés. Le rapport fait plus généralement état de difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, liées notamment à la complexité des démarches et à la remise en cause de l'AME. Il souligne que les personnes en situation de grande précarité présentent des problèmes de santé particuliers liés à leurs conditions de vie, notamment des troubles psychologiques. Il indique également des difficultés d'accès à la prévention et aux dépistages dans les populations précaires, qui engagent de larges problématiques de santé publique.

Desgrees du lou, A. et Lert, F. (2017). "Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France". Paris Editions de la Découverte

Pourquoi et comment l'infection VIH percute-t-elle la vie des immigrés d'Afrique subsaharienne en France ? Première étude quantitative d'ampleur menée par des chercheurs et des associations au sein de cette population particulièrement touchée par le virus, l'enquête ANRS Parcours a retracé en 2012-2013 les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé de ces immigrés. Elle met en relief les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux et professionnels à l'arrivée en France, et leurs conséquences en termes de santé. Plus qu'une recherche en santé publique, Parcours est une étude sur l'immigration en provenance de cette région du monde, une immigration marquée par des années de fragilité administrative et d'insécurité au quotidien. Elle met au jour les facteurs structurels qui pèsent, souvent de façon durable, sur l'installation des immigrés en France et accroissent leurs risques d'être infectés par le VIH une fois sur place. Elle montre aussi l'importance des dispositifs qui mettent en œuvre le principe d'universalité de l'accès aux soins (AME, PASS, associations humanitaires) et la nécessité de les garantir. Car la lutte contre le sida, véritable maladie de la précarité, passe par la réduction des inégalités de santé. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses.

Gourévitch, J.-P. (2017). "Les véritables enjeux des migrations", Paris, Ed. du Rocher

Immigration, émigration, quels sont les enjeux pour la France du XXI^e siècle ? Un sujet d'une brûlante actualité qui pose des questions décisives : quel avenir pour ceux qui arrivent en France ? Comment gérer le flux d'immigrants réguliers et irréguliers ? Comment convaincre ceux qui veulent partir de rester, et ceux qui sont partis de revenir ? Au-delà des statistiques, l'auteur dresse un état des lieux documenté de ces migrations et donne des clefs pour le futur. (4^eme de couv.)

Vignier, N., Chauvin, P. et Dray-Spira, R. (2017). "Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses". In: [\[Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France\]](#). Paris, La Découverte: 113-136.
<https://stm.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-113>

Unafo (2016). "La protection sociale des étrangers en France". Paris, U.N.A.F.O.

<http://ressources-professionnelles.unafo.org/index.php?alias=home&oidart=ARTICLES:2g257bqgoqnd&function=detailArticle&insidefile=fiche-article.html&ye>

Le premier semestre 2016 aura été marqué par des modifications législatives importantes en matière de droit à la protection sociale et de droit spécifique applicable aux étrangers en France. Dans la continuité de son travail mené en partenariat avec l'ODTI, depuis plusieurs années, autour de l'élaboration et la diffusion du guide du retraité étranger, l'Unafo rassemble dans ce cahier juridique les nouvelles modifications législatives dans les domaines suivants : Protections maladie et familiale, accès aux minima sociaux, aides sociales aux personnes âgées, droit au séjour et à la nationalité française.

(2016). "Les droits fondamentaux des étrangers en France". Paris, Le Défenseur des droits

Ce rapport pointe l'ensemble des obstacles qui entravent l'accès des étrangers aux droits fondamentaux, en prenant appui sur les décisions de l'Institution mais en identifiant aussi de nouveaux problèmes juridiques et les pratiques illégales. Une partie est notamment consacrée aux droits à la protection de la santé (AME, PUMA, refus de soins discriminatoires), à la protection sociale (discriminations légales à l'accès aux prestations sociales des étrangers en situation régulière, accès aux prestations familiales, aux minima sociaux), au droit du travail, au droit au séjour des étrangers pour soins.

Hamel, C. et Moisy, M. (2016). "Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé". Paris, Ined Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France.

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/24668/grande.enquetes_teo_fascicule.fr.pdf

La question de la santé intervient peu dans les débats sur l'immigration. Cependant, il arrive qu'elle émerge lors de la réapparition de maladies infectieuses depuis longtemps endiguées ou lorsqu'elle est évoquée l'aide médicale d'Etat dont bénéficient les migrants sans titre de séjour. Cet article aborde tout d'abord l'évolution des sources de données sur la santé et notamment de l'enquête TeO. Puis il traite successivement des aspects suivants : l'état des savoirs sur la santé des migrants et les pistes de recherche, l'approche de la santé, des conditions de vie et des circonstances de la migration, les disparités en matière de santé selon l'âge et l'origine des immigrés, la diversité des conditions de vie et des causes d'altération de la santé, pour terminer sur les relations entre l'histoire migratoire et la déclaration d'un état de santé altéré.

AIDES (2015). "Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire malades étrangers 2015". Pantin, AIDES

Ce troisième rapport de l'Observatoire malades étrangers dresse un panorama complet et sévère du droit au séjour pour soins en France. Ce document donne des repères juridiques sur le droit au séjour pour soins, fait le point complet sur la méthodologie utilisée par l'Observatoire, détaille et illustre, témoignages à l'appui, les dysfonctionnements et illégalités constatés dans la phase administrative, analyse les conséquences d'une déontologie médicale aujourd'hui dans la tourmente, etc. Il traite également de sujets peu pris en compte ailleurs : le cas particulier des personnes trans en matière de droit au séjour pour soins, l'accès discriminatoire à la carte de résident, etc. Sévère, parce que ce rapport montre

bien la dérive en cours et ses effets : l'enfermement et l'expulsion des étrangers malades, des traitements discriminants... (d'après résumé de l'éditeur).

Hardy, J.-P., Lhuillier, J.-M. et Thévenet, A. (2015). "L'aide sociale aujourd'hui", ESF éditeur

Cet ouvrage offre un panorama complet et très détaillé de l'aide sociale : son historique, les dispositifs actuels, ses acteurs et leurs partenaires, qu'il s'agisse de l'aide sociale à l'enfance ou de l'aide sociale aux adultes (personnes âgées, personnes handicapées, usagers en situation d'exclusion...). Cette nouvelle édition, à jour des réformes récentes, aborde la réforme territoriale en cours qui va redistribuer les compétences entre les collectivités publiques, l'élargissement de l'adoption aux couples de même sexe, l'assouplissement des conditions de l'IVG, le nouveau service de promotion de la santé qui remplace l'ancien service de santé scolaire, le renforcement des droits des usagers... Les auteurs poursuivent ici un triple objectif : dresser un tableau exhaustif des dispositifs existants, des institutions, des acteurs, sans oublier les aspects historiques permettant de comprendre les différentes évolutions ; proposer un outil de travail complet, clair et référencé pour maîtriser la législation en vigueur ; aider les professionnels dans leur pratique quotidienne et les élus dans leurs missions, mais aussi les étudiants en travail social en leur donnant les clés pour comprendre la situation actuelle, afin de mieux appréhender les différents scénarios des évolutions à venir.(R.A.)

Michelet, K. (2015). "L'accès au système de santé des étrangers vulnérables". In: [Migrants vulnérables et droits fondamentaux]. Pascal, M. Paris, Berger-Levrault: p. 177.
<https://hal.science/hal-03800637>

Baudis, D. (2014). "Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et de l'AME". Paris, Le Défenseur des droits

Ce rapport du Défenseur des droits déplore que le droit à la santé n'est pas encore acquis pour les personnes en situation de précarité. Il pointe les refus de soins opposés par certains médecins aux bénéficiaires de la CMU, la CMU-C ou l'aide médicale d'Etat (AME), la complexité des démarches pour prétendre à ces dispositifs et la mobilisation insuffisante de certaines CPAM (caisses primaires d'assurance-maladie) en la matière. Le Défenseur émet 12 recommandations dans le sens d'une simplification du droit, d'une amélioration de l'information des usagers et d'une sensibilisation des professionnels. Elle suggère entre autres de faire des agences régionales de santé des guichets uniques pour le recueil des plaintes et d'autoriser les associations à représenter les victimes de refus de soins.

(2012). "Refus de soins et actualités sur les droits des malades". Rennes Presses de l'E.H.E.S.P.

L'Institut Droit et Santé de l'université Paris-Descartes, en tant que partenaire de la Conférence nationale de santé, contribue au travail sur l'état des droits des malades commencé en 2008. En 2010, s'appuyant sur les axes directeurs révélés par l'analyse des rapports des conférences régionales, l'Institut Droit et Santé a organisé sa contribution autour du thème du refus de soins des professionnels de santé. Les auteurs présentent d'abord une typologie destinée à déterminer l'ampleur des pratiques de refus, leurs formes et leurs motifs. Ils se livrent ensuite à une étude des différentes règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations. La seconde partie de l'ouvrage rassemble les recommandations formulées par l'Institut pour assurer la promotion et la défense des droits

des usagers, autour de quatre thèmes?: le droit à l'information, l'accès aux soins, l'élargissement du droit des malades au secteur médico-social et l'accroissement du rôle des conférences régionales de santé dans l'amélioration du droit des usagers.

Andre-Pechaud, A., Clave, S., Huteau, G., et al. (2012). "Politiques sociales et de santé : comprendre et agir". Rennes, Presses de l'E.H.E.S.P.

Les questions sanitaires et sociales passionnent autant la population que le législateur. Dans ce secteur, plus que dans tout autre, l'explosion normative et réglementaire a créé un enchevêtrement de politiques et d'acteurs d'une rare complexité. L'ambition des auteurs est de présenter l'ensemble des politiques de manière thématique, sous une forme raisonnée, sans exclure analyses et commentaires critiques. L'action sanitaire et sociale ne peut se résumer à la présentation du droit positif et des politiques publiques. Pour être comprise, elle suppose des références à la science politique, à la sociologie des acteurs, aux théories de la complexité ou à l'analyse systémique. Ces références contribuent au regard critique qui est aussi celui des auteurs. Sont ainsi abordés en détail le contenu précis des politiques, leur genèse, leur environnement, le jeu des acteurs qui les animent, les valeurs qui les portent, les méthodes et outils auxquels elles ont recours. Dès la première édition de cet ouvrage, les auteurs ont choisi de traiter conjointement des politiques sanitaires et sociales. Les séparer peut donner l'illusion de la simplification. Mais cette disjonction ne résiste pas à l'analyse, tant les besoins de la population et le contenu des politiques relie de plus en plus étroitement les dimensions sanitaire et sociale. Les récentes évolutions n'ont fait que conforter ce parti pris.

Halfen, S. (2012). "Situation sanitaire et sociale des "Roms migrants" en Ile-de-France.", ORSIF

L'ORS Île-de-France a réalisé une étude permettant de " mieux connaître la santé des Tsiganes/Gens du voyage en Île-de-France ". Il a été décidé, dans un premier temps, de mener une étude sur la santé des " Roms migrants ". Le constat était alors que les données sur cette population étaient fragmentaires, disparates et dispersées. De plus, les éléments disponibles soulignaient des problématiques sanitaires, avec des enjeux de santé publique majeurs. Les analyses présentées dans cette étude montrent ainsi que ce sont, avant tout, des dimensions sociales, davantage que culturelles (ou ethniques), qui expliquent l'état de santé des Roms en Île-de-France et que c'est donc davantage sur ces dimensions, communes à celles d'autres populations caractérisées sur le plan social, que les interventions doivent être privilégiées, au risque de favoriser des approches culturalistes (ou ethniques) qui peuvent être discriminatoires.

(2011). L'accès aux soins : principes et réalités "Actes du colloque". Toulouse, Presses Universitaires du Capitole

Il y a dix ans, l'organisation mondiale (OMS) n'hésitait pas à qualifier notre système de meilleur du monde. Les avancées médicales spectaculaires du siècle écoulé, comme la coexistence de deux secteurs public et privé, garantie d'un efficace maillage du territoire, l'ensemble soutenu par un financement collectif et solidaire, semblaient faire de l'accès de tous à des soins de qualité et en tous points du pays, un objectif réaliste. Le droit aux soins, l'un de ces droits consacrés il y a plus de soixante ans comme paradigme des nouveaux rapports de l'État et des citoyens, pouvait être garanti sans remettre en cause la liberté de tous et de chacun, celle du patient comme celle du praticien. Toutefois, cet équilibre, déjà

acrobatique dans une société en pleine expansion, ne pouvait qu'être affecté par la dégradation des conditions économiques et sociales conjugué au vieillissement de la population et à l'augmentation continue des dépenses de santé. Aux lendemains de l'entrée en vigueur de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, au cœur des différents débats sur la réforme de la psychiatrie, sur l'irréductibilité des inégalités, le coût réel de la santé et des questionnements sur la prise en charge future de la dépendance, il est apparu utile d'arrêter un moment le défilé d'images et de préconisations, pour interroger à nouveau ce thème, largement évoqué et jamais épuisé, de l'accès aux soins. En premier lieu sur le plan conceptuel et normatif, en rappelant les origines historiques, les sources et manifestations textuelles, les liens consubstantiels avec le service public, autant de préalables à l'analyse de ses « traductions singulières », notamment au travers des « urgences populationnelles » (détenus, étrangers et migrants, malades mentaux). Dans un second temps, la mesure de l'effectivité de ce droit imposait de réfléchir à ses conditions concrètes, à l'accessibilité des soins, contrainte territoriale certes mais nécessité financière aussi. Toutes ces questions sont depuis longtemps débattues, elles sont loin d'être closes. La pertinence des réponses qui leur seront apportées, cela fut dit à de multiples reprises lors de nos travaux, s'appréciera dans la capacité des pouvoirs publics à ne jamais perdre de vue l'ultime référence, la finalité première : le soin, à tous égards, du patient (4e de couverture).

Aeberhard, P. et Lebas, J. (2011). "L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires". Bordeaux, Les Etudes Hospitalières

L'accès aux soins et à la santé des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires est au cœur de la santé publique et des droits de la personne. Pour remporter les défis juridiques et économiques à venir, il importe de continuer d'améliorer la politique de santé publique en faveur des migrants et du droit des « malades sans frontières » pour un droit universel aux soins. Pour cela, il convient de prendre en compte tous les témoignages des acteurs de terrain, des experts et scientifiques qui prennent en charge ces populations très hétérogènes. Cet ouvrage collectif réunit une quinzaine d'acteurs de la prise en charge des personnes migrantes ou précaires autour de Patrick Aeberhard, professeur associé à l'université Paris-8, et Jacques Lebas, professeur associé au CNAM, afin de développer les moyens politiques d'accès aux soins en France. Il se veut scientifique et pédagogique pour encourager ceux qui voudraient mettre en œuvre une action ou participer à l'évolution législative en faveur d'un droit universel aux soins. Traitant d'abord de « la santé et les droits de l'homme », il apporte les données sociales, juridiques et médicales utiles pour appréhender les enjeux de l'accès aux soins des migrants, sans-papiers, puis précise les moyens que souhaitent les associations pour qui le droit universel aux soins constitue une priorité, ce que semblaient pouvoir permettre, ces dernières années, le revenu minimum d'insertion, la couverture médicale universelle, l'aide médicale d'État. Ce livre, qui décrit les droits des personnes les plus exclues, est enfin un cri d'alarme pour nos sociétés confrontées à des remises en cause sans précédent et un appel à la construction d'un édifice juridique conforme à nos principes fondamentaux. « Il s'agit de construire une société d'ouverture et de respect, un État de droit et de sécurité pour tous » (Résumé de l'éditeur).

Alfandari, E. et Tourette, F. (2011). "Action et aide sociales.", Dalloz

Après une introduction exposant les données historiques, économiques et sociologiques ainsi que les différentes sources du droit social, la première partie de l'ouvrage aborde les notions d'aide et d'action sociales. Elle retrace leurs principes fondamentaux, leurs rapports réciproques mais aussi leur place dans le système français de protection sociale sanitaire et

sociale. La deuxième partie porte sur l'organisation de l'aide et de l'action sociales : elle resitue cette organisation dans le cadre de la décentralisation avant et depuis 1982 et décrit leurs organisations administratives, financières et contentieuses. La troisième partie a pour objet les actions et traite de chaque type d'intervention en particulier : actions dans le domaine de la santé, actions en faveur de la famille et de l'enfance, actions en faveur des personnes âgées, actions en faveur des personnes handicapées, actions en faveur de l'emploi et du logement.

Cournil, C. (2011). "Précarisation du bénéfice de l'aide médicale d'État et difficultés d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière". In: [L'accès aux soins, Principes et réalités, sous la direction de Poirot Mazère Isabelle]. Institut fédératif de recherche, E., L.G.D.J.: 153-182.
<https://hal.science/hal-01095631>

Gaborit, L. (2011). "Solidarité nationale : la santé pour tous.", Editions des citoyens

Cet ouvrage fait le point sur les dispositifs permettant l'accès aux soins aux citoyens ne bénéficiant pas de la couverture maladie obligatoire : la couverture maladie universelle de base, la couverture maladie universelle complémentaire, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, l'aide médicale de l'Etat. Il présente également les structures prenant en charge les assurés sociaux de façon ponctuelle (les permanences d'accès aux soins de santé, les centres d'examen de santé...) et revient sur le droit au séjour pour raison médicale. Quelles sont les formes de l'aide ? Comment constituer le dossier de demande ? Quel est le point de départ de l'affiliation ? Toutes ces questions sont abordées au fil des différents chapitres de l'ouvrage.

Médecins du Monde (2010). "Rapport 2009 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde". Paris, Médecins du Monde
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2010>

Les centres de Médecins du Monde ne désespèrent pas. En 2009, l'ONG a reçu en consultations plus de 25 800 patients dans ses centres de soins, soit 17 % de plus qu'en 2007. Selon Médecins du Monde, l'augmentation du nombre de patients s'explique par la complexification des démarches administratives (demandes de pièces abusives, durcissement des pratiques, renforcement des contrôles...) qui restreignent l'accès aux soins et découragent les personnes qui y ont droit. Dans son rapport annuel publié à l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère, l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France constate un doublement des retards aux soins entre 2007 et 2009 de 11 à 22 %, qui entraîne dans de nombreux cas une aggravation de l'état de santé. Autre donnée observée par l'ONG: l'augmentation de 30 % du nombre d'enfants et d'adolescents, qui sont de plus en plus nombreux à être issus des familles de demandeurs d'asiles. Alors que 84 % des personnes reçues n'ont aucune couverture maladie, Médecins du Monde plaide pour l'inclusion de l'aide médicale d'Etat (AME) dans la CMU, afin de créer un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France et vivant sous le seuil de pauvreté. En effet, divers projets portés par le gouvernement : « Le projet de loi sur l'immigration actuellement en cours de discussion à l'assemblée nationale et le projet de loi de finances viendront aggraver cette situation s'ils sont votés en l'état (limitations de droits

au séjour pour des raisons médicales, restrictions de l'AME). Sans AME, les patients ne pourront faire soigner des pathologies simples qui peuvent dégénérer en complications graves et coûteuses.

Barbier, J. C. et Theret, B. (2009). "Le système français de protection sociale". Paris, Editions de la Découverte (Collection Repères 32.)

Deux spécialistes reconnus décrivent et analysent le système français de protection sociale, en le situant dans la perspective des trente dernières années et en comparant la situation française à celle des autres membres de l'Union européenne. Les systèmes nationaux sont confrontés à des défis communs, engendrés notamment par les tendances sociodémographiques, la flexibilisation des marchés du travail et le poids croissant de la financiarisation de l'économie, qui a abouti en 2008 à la plus grande crise économique depuis les années 1930. La protection sociale est plus que jamais indispensable. Mais, en Europe, crise ou pas, cela ne conduit pas à une convergence des systèmes, ni même à leur harmonisation. Pour penser les changements intervenus depuis une trentaine d'années dans le système français, il faut tenir compte de son caractère hybride : l'objectif de l'universalisme de la protection y est paradoxalement poursuivi par des programmes fragmentés. Si la voie vers laquelle le système français évolue est plus indéterminée encore en période de crise, elle dépend beaucoup de la façon dont l'Union européenne va évoluer (4e de couverture).

Fahet, G., Cayla, F., Barthelemy, A. i., et al. (2009). "Rapport 2008 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde". Paris, Médecins du Monde

A l'occasion de la journée internationale du refus de la misère, le 17 octobre, Médecins du monde présente, comme chaque année, les données du rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins des plus démunis réalisé par la Mission France. Le bilan 2008 / 2009 de Médecins du monde montre qu'une frange entière de la population, résidant en France, rencontre toujours de grandes difficultés pour accéder aux droits, à la prévention et aux soins, et, plus préoccupant, que soigner les plus vulnérables devient, parfois, suspect. Les plus démunis consultent de plus en plus tardivement. Sur la totalité des patients reçus dans ses 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), 18 % des consultations ont été tardives en 2008, contre 11 % l'année précédente. La grande majorité des patients reçus à MDM (80 %) relèvent d'un dispositif de couverture maladie. Mais seule une personne sur cinq avait effectivement des droits ouverts lors de sa première consultation. Les difficultés administratives sont devenues cette année le premier obstacle à l'accès aux droits et aux soins cité par les patients. Les CASO constatent également l'irruption de nouvelles populations : les travailleurs pauvres. Les deux tiers des consultants français ne bénéficient pas de complémentaire santé, alors qu'ils ne représentaient que la moitié de l'effectif en 2007. La Loi de lutte contre les exclusions prévoyait la mise en place de 500 Permanences d'accès aux soins de santé sur l'ensemble du territoire. Dix ans plus tard, il en existe moins de 400, dont une très grande majorité n'est toujours pas fonctionnelle et ne remplit pas son rôle. Pourtant, l'accès à l'hôpital est indispensable pour les plus précaires. Les quatre principales revendications de l'association restent la fin des entraves à l'action humanitaire, un seul système de couverture maladie avec l'inclusion de l'AME dans la CMU, la non-expulsion et la régularisation des étrangers gravement malades, le droit à l'information des personnes qui ignorent qu'elles ont droit à une couverture maladie.

Softic, S. et Fontaine, A. (2009). "Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France. Rapport d'enquête". Paris, Médecins du Monde

http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/download/10212/80994/file/rapport_acces_aux_soins_dentairesMemoiredeDESS.pdf

Cette enquête, effectuée dans le cadre d'un stage au sein de la Coordination Mission France de Médecins du Monde, témoigne dans un premier temps du refus à l'accès aux soins dentaires opposé aux bénéficiaires des CMU et AME, puis recense dans un second temps les avis des praticiens sur les causes de ce refus et sur les éventuelles solutions à apporter.

(2008). "La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2007". Le Kremlin-Bicêtre, Comité médical pour les exilés

Comme les années précédentes, l'année 2007 a été marquée par de nouvelles restrictions de droit et de fait en matière d'accueil et d'accès aux soins des exilés en France, la réforme de novembre 2007 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) ayant encore durci les conditions du regroupement familial. Et si le droit au séjour des étrangers malades a officiellement été préservé malgré les menaces de suppression en 2006, les pratiques restrictives des préfetures se sont considérablement renforcées. Ces pratiques sont sanctionnées dans plus de la moitié des cas par les juridictions en charge de recours contentieux de plus en plus nombreux. En matière d'accès aux soins, les obstacles se sont multipliés en particulier contre les bénéficiaires potentiels de l'Aide médicale d'Etat, alors que de nouvelles menaces planent sur la mise en place d'un « ticket modérateur » qui signifierait l'absence de recours aux soins pour des personnes dont les ressources mensuelles sont inférieures à 600 euros.

(2008). "Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde". Paris, Médecins du Monde

<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-07/Rapport-2007-Partie1.pdf>

Ce huitième rapport annuel de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde est élaboré à partir : des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ; des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ; des témoignages recueillis auprès des patients ; des données recueillies dans une part de plus en plus importante des actions mobiles de proximité ; du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins ainsi que des rapports d'activité des missions. Les 112 équipes de la Mission France continuent à aller vers les personnes oubliées des politiques de santé, dont certaines doivent choisir entre le risque de l'arrestation, la souffrance du corps et de l'âme malmenés par la maladie, l'exil, les violences vécues au pays et la violence de la pauvreté ici. Ce rapport de données statistiques est un document de référence de la mesure de la pauvreté en France.

(2003). "L'accès aux soins des plus démunis en 2003". Paris, Médecins du Monde

http://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2016/03/rapport_officiel-aline_archimbaud1.pdf

Après une présentation de la méthodologie du recueil des données, ce rapport analyse l'activité des centres de santé de Médecins du Monde, en France, pour l'année 2003. Sont décrits successivement : les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des patients ; les motifs de recours ; les obstacles à l'accès aux soins (CMU, AME en danger...). Le rapport se termine sur les missions de Médecins du Monde.

RAPPORTS OFFICIELS

(2025). "L'Aide Médicale de l'État". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale ([Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2024, prévisions 2025.](https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission))
<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

L'aide médicale de l'État (AME), instaurée le 1er janvier 2000, est un dispositif de l'État qui prend place dans le cadre de la lutte contre les exclusions sociales. Cette protection en matière de santé s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Elle couvre également les besoins de santé des mineurs non accompagnés qui ne sont pas encore pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. L'AME a été créée dans un triple objectif : un principe éthique et humanitaire encadré par la loi, un objectif de santé publique (limitation de la propagation des maladies contagieuses, en fournissant notamment un accès aux soins aux bénéficiaires de l'AME à tous les secteurs, que ce soit en ville ou à l'hôpital) et enfin de pertinence de la dépense (en prenant en charge les dépenses de soins au plus tôt). L'AME est inscrite au programme « Protection maladie » du budget de l'État, dont les crédits sont votés chaque année dans le cadre de la loi de finances. Bien que l'AME soit un programme d'État, son pilotage relève de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS). Par ailleurs, les soins délivrés par les professionnels et établissements de santé aux bénéficiaires de l'AME sont, dans un premier temps, pris en charge par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM). Puis, dans un second temps, les montants facturés sont remboursés par l'État à la CNAM.

Delahaye, V. (2025). "Rapport d'information sur l' Aide médicale d'État". Paris, Sénat ([Rapport d'information du Sénat n°841](https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-841-notice.html))
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-841-notice.html>

L'Aide médicale de l'État (AME) a été l'objet de nombreuses tentatives de réforme ces dernières années, y compris lors du vote du dernier projet de loi de finances, qui n'ont jamais abouti. Vincent Delahaye, rapporteur spécial des crédits de la mission « santé », a présenté à la commission des finances le 9 juillet 2025 les conclusions de son travail de contrôle sur cette problématique.

Conférence nationale de santé (2023). "Avis du 03.11.23 relatif à l'accès à la santé des personnes ayant recours à l'aide médicale d'Etat (AME) : Conférence nationale de la santé". Paris, Ministère chargé de la Santé
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_ame_envoye_cp_2023_1017_v1_env_modif_er_061123.pdf

La Conférence nationale de santé (CNS) exprime, par le présent avis, ses plus vives inquiétudes face aux propositions visant à restreindre voire à supprimer l'Aide médicale de l'Etat (AME), propositions formulées à l'occasion du futur projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration. La CNS avait déjà adopté en assemblée plénière le 09 décembre 2010 une prise de position en faveur de l'AME2 lors de la mise en place de nouvelles restrictions à son accès.

Husson, J. f. et Delahaye, V. (2023). "Projet de loi de finances pour 2024 : Santé". Paris, Sénat
<https://www.senat.fr/rap/l23-128-328/l23-128-3281.pdf>

La mission « Santé » du budget général participe à la mise en œuvre de la politique globale de santé. Celle-ci est axée autour de trois objectifs : la prévention, la sécurité sanitaire et l'organisation d'une offre de soins de qualité. Ce rapport fait une analyse générale de cette mission et ses évolutions.

Louwagie, V. (2023). "L'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière : Rapport d'information". Paris, Assemblée nationale
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion_fin/l16b1244_rapport-information

En 2021, la rapporteure spéciale conduisait une première étude visant à évaluer le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Comptabilisant pas moins de onze dispositifs différents concourant à cette offre de soins, le rapport concluait à un coût total pouvant être estimé, au minimum, à 1,5 milliard d'euros en 2019. Les travaux de la rapporteure spéciale s'étaient toutefois heurtés à la difficulté d'évaluer avec précision les dépenses associées à certains des dispositifs identifiés. Ces derniers, au nombre de cinq, n'avaient donc pas été intégrés à l'estimation retenue. Au regard de la croissance significative du nombre de bénéficiaires de l'AME et surtout de l'absence d'engagement d'une véritable réforme pour maîtriser un coût en hausse continue, l'estimation réalisée en 2021 se devait d'être réévaluée. Ce nouvel exercice d'évaluation constitue donc un effort de transparence sur un sujet qui, selon la rapporteure spéciale, constitue un angle mort tant de la politique de l'immigration que de la politique de santé publique. Il existe, en sus de l'AME, au moins dix autres dispositifs concourant à cette offre de soins et déjà identifiés dans l'étude conduite en 2021. Il s'agit des soins dispensés à Mayotte, du maintien des droits expirés, des soins prodigués dans les centres de rétention administrative, de la mission d'intérêt général dédiée à la précarité, des permanences d'accès aux soins de santé, de l'admission au séjour pour soins, des soins en détention, des équipes mobiles psychiatrie précarité, des SAMU sociaux et de dépenses fiscales. Au terme des auditions et de l'effort de consolidation des informations qui ont été conduits, il peut être estimé que le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière s'élève, au minimum, à 1,7 milliard d'euros en 2022. Constatant que ce montant est voué à croître de façon significative, la rapporteure spéciale a souhaité formuler un certain nombre de recommandations qui, si elles sont mises en œuvre, permettraient de maîtriser plus efficacement le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Cette nouvelle évaluation révèle également la nécessité de réformer certains dispositifs, notamment la procédure d'admission au séjour pour soins, qui ont été largement détournés de leur objectif initial.

Stefanini, P. et Evin, C. (2023). "Rapport sur l'aide médicale de l'état". Paris, Ministère chargé de la Santé
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ame-decembre-2023.pdf

Dans une première partie le rapport analyse les conditions dans lesquelles l'AME est mise en œuvre (évolution du nombre de bénéficiaires, consommation de soins, contrôles mis en œuvre, droits ouverts) et examine l'impact qu'entraînerait la substitution de l'AME par l'aide médicale d'urgence (AMU) votée par le Sénat le 14 novembre 2023. Il se dégage de cette analyse que le dispositif sanitaire est "utile, maîtrisé pour l'essentiel mais exposé à l'augmentation récente du nombre de ses bénéficiaires"

Husson, J. F. (2021). "Rapport général sur le projet de loi de finances, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2022. Tome III : les moyens des politiques publiques et dispositions spéciales. Annexe 28 : Santé". Paris, Sénat

<https://www.senat.fr/rap/l21-163-328/l21-163-3281.pdf>

Le périmètre de la mission Santé au Sénat dans le cadre des lois de finances s'est progressivement réduit, au point que l'on peut s'interroger sur l'intérêt de la mission dans le cadre d'une politique publique de santé. Le programme 204, « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » a connu depuis 2015 des modifications importantes de son périmètre, avec le transfert de l'État vers l'assurance maladie du financement de plusieurs politiques et agences de santé. Par exemple, la loi de finances pour 2020 a procédé au transfert à l'assurance maladie des dépenses de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit 156,1 millions d'euros, et celles de l'Agence nationale de santé publique (ANSP), soit 112,5 millions d'euros. La combinaison des mesures de périmètre enregistrées ces dernières années et de la réduction des dépenses d'intervention a conduit à faire se résumer la mission au financement de l'Aide médicale d'État (AME). En effet, 83,6 % des crédits demandés pour 2022 au titre de la mission « Santé » sont dédiés à l'AME, qui constitue à elle seule la quasi intégralité du programme 183, « Protection maladie ».

C.N.L.E. (2020). "Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise". Paris, C.N.L.E.

<https://solidarites.gouv.fr/12-propositions-pour-accompagner-les-plus-fragiles-face-la-crise>

Le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) a été installé officiellement le 25 septembre 2020. A cette occasion, le CNLE a adopté à l'unanimité l'avis issu des travaux de la mission d'urgence qu'il avait constituée le 26 juin dernier. Le CNLE formule 12 propositions pour faire face à la crise, directement issue des expériences et difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté et les acteurs qui les accompagnent.

Cour des comptes (2020). "L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lentree-le-sejour-et-le-premier-accueil-des-personnes-etrangeres>

En 2019, la France a délivré 276 576 premiers titres de séjour à des ressortissants non européens. En augmentation de plus de 30 % depuis le début de la décennie, ces chiffres placent toutefois notre pays parmi les plus restrictifs en termes de séjour (3,72 titres accordés pour 1 000 habitants en 2016, contre 12,18 en Allemagne ou 7,65 en Espagne). À l'inverse, 154 620 demandes d'asile ont été enregistrées, plaçant la France dans la fourchette haute des pays de l'Union européenne et son système d'asile sous forte tension. La moitié

des titres de séjour attribués et la totalité des demandes d'asile reposent sur des procédures relevant de droits individuels protégés par la Constitution et les conventions internationales ratifiées par la France, comme celui de déposer une demande d'asile à son arrivée sur le territoire. L'État, qui ne peut donc pas les limiter quantitativement, dispose d'un pouvoir de sélection restreint. À défaut de maîtriser les entrées, il a durci le régime du séjour en imposant le renouvellement fréquent d'une majorité de titres courts. Les relations entre l'administration et les usagers, qui n'ont pas fait l'objet d'une modernisation suffisante, en sont d'autant plus difficiles. Enfin, le dispositif de premier accueil apparaît sous-dimensionné au regard des ambitions affichées en matière d'intégration

Bartoli, F., Felinger, F., Sauliere, J., et al. (2019). "L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions". Paris, I.G.A.S.

<https://igas.gouv.fr/L-aide-medicale-d-Etat-diagnostic-et-propositions>

Ce rapport de l'Igas et l'IGF est une réponse à la saisine conjointe des deux ministres en charge respectivement des solidarités et de la santé et des comptes publics, sur l'aide médicale d'État (AME). Il s'inscrit dans la suite de travaux réalisés sur le sujet en 2007 et 2010. Répondant à la fois à des considérations de santé publique et humanitaires, ce dispositif, mis en place en 1999, vise à dispenser les soins nécessaires à des étrangers en situation irrégulière présents sur notre territoire. Il est financé par l'État à hauteur de 904 millions d'euros en 2018, cependant que l'assurance maladie prend en charge, à hauteur de 200 milliards d'euros environ, les soins de l'ensemble des assurés sociaux (les demandeurs d'asile étant, pour mémoire, rattachés à cette dernière catégorie). Dans un contexte de progression ralentie de la dépense d'AME et de stabilisation de la population bénéficiaire, cette mission portait sur l'analyse des contextes de recours à l'AME et des soins dispensés dans ce cadre, sur la structure et la dynamique de la dépense, ainsi que sur l'identification de mesures susceptibles d'assurer durablement le suivi et la maîtrise de cette dépense ainsi que le bon usage de ce dispositif. La mission a réalisé, d'une part, une analyse des données de dépenses disponibles à l'échelle nationale, et, d'autre part, une analyse concrète des processus d'instruction des demandes d'AME dans les CPAM les plus concernées et des dossiers de soins dans les hôpitaux accueillant une importante proportion de ces patients. Ces travaux ont été complétés par de nombreux entretiens avec les acteurs concernés au sein de l'assurance maladie, des hôpitaux et du monde médical, du milieu associatif et d'autres institutions ayant une voix sur ces questions de « juste droit » (notamment le Défenseur des Droits et le Comité consultatif national d'éthique). Ces analyses permettent de préciser les similitudes et spécificités des soins dispensés dans le cadre de l'AME par rapport à la consommation de soins des assurés sociaux ; elles soulignent aussi la rigueur des modalités d'instruction et de gestion de cette procédure, qui se sont progressivement adaptées et sont devenues de plus en plus strictes – au prix d'ailleurs de coûts de gestion élevés pour l'assurance maladie comme pour les hôpitaux – mais ne peuvent pour autant détecter ou prévenir certains abus. C'est sur ces enjeux que se concentrent les 14 recommandations de la mission, largement inspirées par les professionnels qui mettent en œuvre cette procédure et sont au contact des patients : elles visent ainsi essentiellement à empêcher les fraudes et les dévoiements de ce dispositif, tout en assurant l'effectivité de l'accès aux soins (y compris en ville) pour ceux qui en ont besoin et en allégeant sa gestion, en particulier dans les hôpitaux. Ces propositions relèvent d'une approche pragmatique, opérationnelle, cohérente avec la vocation de l'AME et avec l'organisation d'ensemble du système de santé français. Les choix faits dans d'autres pays européens pour la prise en charge médicale des étrangers irréguliers témoignent d'une même recherche d'ajustements

continus et de cohérence dans le contexte de systèmes de santé souvent plus décentralisés, moins uniformes sur le territoire national, moins libéraux pour les patients, orientés par des lignes de premier recours.

Imbert, C. (2019). "Avis de la mission santé sur le projet de loi de finances de finances pour 2019".

Paris, Sénat

<http://www.senat.fr/rap/a18-150-6/a18-150-61.pdf>

À l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2019 au Sénat, la sénatrice (LR) Corinne Imbert a rendu son avis, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur les crédits de la mission Santé. La commission a rappelé son attachement à une programmation sincère de la dépense d'aide médicale d'État (AME) et a ainsi réaffirmé son opposition à toute volonté de minoration de ses crédits ou de restriction des conditions d'accès au dispositif. En effet, ces mesures auraient pour effet de dégrader l'état de santé des étrangers en situation irrégulière et de majorer, au final, les dépenses de soins urgents dispensés par les hôpitaux. Elle appelle de ses vœux "la mise en place, dans les plus brefs délais, d'un référentiel d'évaluation et de projection solide de la dépense de l'AME qui soit défini, alimenté et régulièrement réactualisé par une cellule placée auprès de la direction de la sécurité sociale". La commission a salué le renforcement de l'efficacité de la gestion de l'AME, désormais confiée aux trois CPAM de Paris, Bobigny et Marseille, qui instruiront, dès l'an prochain, l'ensemble des demandes d'AME en métropole, ainsi que les progrès enregistrés dans la lutte contre la fraude, avec des initiatives comme l'augmentation du taux de contrôle des dossiers ou le test, par la CPAM de Paris, d'un programme permettant de cibler des multi-hébergeurs de bénéficiaires de l'AME. Elle a néanmoins réitéré son souhait de voir les CPAM disposer d'un accès automatique aux informations des bases de données relatives aux visas délivrés par les autorités consulaires et aux titres de séjour accordés par le ministère de l'intérieur afin de renforcer la qualité de leurs contrôles. Sous ces réserves, la commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2019.

Bousquet, D. (2017). "La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité". Paris, H.C.E.

<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-precarite>

Ce rapport s'intéresse aux femmes en situation de précarité dont la santé est dégradée et l'accès aux soins entravé. Le Haut Conseil à l'Égalité appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tiennent compte des inégalités de sexe, et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité, notamment par :- une meilleure évaluation, dans le compte prévention pénibilité, du caractère usant et pénible des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité ;- une simplification de l'accès aux prestations sociales en matière de santé (fusion de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS) et la mise en place d'un accompagnement pour faciliter les démarches ;- la formation des professionnel.le.s de santé à l'accueil des personnes en situation de précarité, au dépistage systématique des violences dans le cadre familial ou professionnel et aux symptômes spécifiques aux femmes pour certaines pathologies, cardiaques par exemple.

Despres, C., Lombrail, P. et Gagnayre, R. (2017). "Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes". Paris, Fonds CMU

Cette recherche répond à une demande du Fonds de financement de la CMU et du Défenseur des Droits. Elle visait à analyser le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU, de l'ACS et de l'AME et plus largement, à explorer d'autres formes de discrimination à l'encontre de Patients, qui vivent des situations de pauvreté et/ou de précarité. En effet, la discrimination peut s'exprimer sous des formes multiples, parfois plus insidieuses, dissimulées sous des formes variables de prise en charge, le refus de soins n'en étant que la forme la plus extrême et la plus visible. Elle a été réalisée au sein du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII.

Joyandet, A. (2017). "Rapport de la mission santé du Sénat sur la loi de finance 2018". Paris, Sénat http://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2018/np/np25/np25_mono.html

Ce rapport présenté à la commission des finances du Sénat pour l'examen des crédits de la mission "Santé", dans le cadre du projet de loi de finances pour 2018, souligne une nouvelle fois l'augmentation de la dépense exécutée d'aide médicale d'État. Cette dernière a en effet augmenté de 40 % entre 2009 et 2016, le nombre de bénéficiaires étant en hausse de 44 % sur la même période. La commission des finances a donc décidé, à l'initiative du rapporteur spécial, de diminuer de 300 millions d'euros les crédits de l'aide médicale d'État pour 2018, montant des économies espéré du recentrage des soins, dans l'attente d'une refonte du dispositif. Cet amendement, qui est un appel à une réforme profonde de l'AME, ramène le budget de l'AME à son niveau de 2012.

Goasguen, C. et Rabault, V. (2016). "Rapport fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2017". Paris, Assemblée nationale

Dans le cadre de l'examen de la loi de finances pour 2017, l'Assemblée nationale examine les crédits de la Mission santé. Cette mission qui porte les crédits de la politique de santé de l'État se compose de deux programmes : - le programme 183 Protection maladie qui finance quasi-exclusivement l'aide médicale de l'État (AME), qui représente un peu moins de deux tiers des crédits de la mission ; - le programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins, qui représente environ un tiers des crédits de la mission. Malgré la charge contre l'aide médicale d'État (AME) par le rapporteur Claude Goasguen, le budget de l'aide médicale d'État a été approuvé. Malgré le "manque d'informations" dont il a disposé pour faire cette projection, le député estime que le coût réel pour les finances publiques de l'AME sera largement supérieur à 1 milliard d'euros en 2017 et rappelle que les crédits de l'AME portés par le budget de l'État ne sont pas parfaitement représentatifs de l'effort financier des administrations publiques pour l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, puisqu'une partie du volet "soins urgents" de l'AME est prise en charge par l'Assurance maladie et que les dépenses de soins à destination des étrangers en situation irrégulière à Mayotte n'entrent pas dans le champ de l'AME (100 millions d'euros). Le cabinet de Marisol Touraine souligne que l'écart entre les crédits inscrits en loi de finances et la somme effectivement consommée se réduit. De 26 % en 2014, il est tombé à 13 % en 2015. En 2016, il devrait atteindre les 11 %. Le gouvernement met également en avant les risques d'un recul de la prise en charge des étrangers irréguliers : attendre que leur état de santé se dégrade pour intervenir aurait à l'arrivée un coût encore plus élevé et ce serait prendre le risque de

voir se développer des maladies contagieuses. Sur long terme, l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun est le principal facteur d'augmentation de la dépense d'AME. Selon les informations que le Rapporteur spécial a pu recueillir, 338 620 personnes ont bénéficié de l'AME entre le 31 mars 2015 et le 31 mars 2016, contre 208 974 pour l'année 2011.

De Montgolfier, A. (2015). "Rapport général au nom de la commission des finances sur le projet de loi de finances pour 2016 adopté par l'Assemblée nationale . Tome 3 : Les moyens de politique publique et les dispositions financières. Santé". Paris, Sénat

Dans le cadre de la Loi de finance pour 2016, ce rapport du Sénat évolue la maîtrise des dépenses de la mission Santé.

Goasguen, C. et Sirugue, C. (2015). "Rapport d'information déposé (...) par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en oeuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat". Paris, La Documentation française

Un premier rapport d'information sur l'aide médicale de l'Etat (n° 3524), a été présenté par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) en juin 2011. Par la suite, un rapport de suivi a été présenté en février 2012 (n° 4363), conformément à l'article 146-3 du Règlement de l'Assemblée nationale qui prévoit qu'« à l'issue d'un délai de six mois suivant la publication du rapport, les rapporteurs présentent au comité un rapport de suivi sur la mise en œuvre de ses conclusions ». Ce deuxième rapport de suivi a pour objectif de faire le point sur les modifications apportées au dispositif à la suite des préconisations faites tant par le CEC, que par la Cour des comptes et les inspections générales des finances et des affaires sociales dans leur rapport de novembre 2010.

(2014). "Annexe au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes pour 2013 : Santé. Budget général Mission ministérielle". Paris Minefi

Cette annexe au projet de loi de règlement des comptes et rapport de gestion pour l'année 2013 est prévue par l'article 54-4° de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF). Conformément aux dispositions de la loi organique, ce document présente et explique les réalisations effectives concernant l'ensemble des moyens regroupés au sein de la mission santé et alloués à une politique publique. Le Gouvernement mène une politique globale de santé dont les objectifs sont de développer la politique de prévention, d'organiser une offre de soins de qualité et d'assurer la sécurité sanitaire de façon égale et adaptée entre nos concitoyens et entre les territoires. Conjointement à ces objectifs structurants, la mission « Santé » vise à la performance et à l'efficacité du système de soins, concourant ainsi à l'équilibre de l'assurance maladie. Ainsi, la politique du Gouvernement mobilise en premier lieu le budget de l'Etat et se prolonge au sein de ses opérateurs et de la sécurité sociale. La mission « Santé » est composée de deux programmes placés sous l'autorité de la Ministre des affaires sociales et de la santé. Il s'agit du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », relevant de la responsabilité du directeur général de la santé et du programme 183 « Protection maladie », relevant du directeur de la sécurité sociale. Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » participe à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La sécurité sanitaire est un champ important du programme ; les crédits permettent de garantir la protection de la population face à des événements sanitaires graves, menaçant la santé collective.

(2014). "Rapport d'activité 2013 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU

<https://www.vie-publique.fr/rapport/35886-fonds-de-financement-couverture-universelle-du-risque-maladie-2013>

Comme chaque année, le fonds CMU présente son rapport d'activité. Il reprend les données qualitatives et quantitatives de l'année 2013 relatives notamment aux effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la CMU de base. La réforme des modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMU-C, prévue par la LFSS pour 2013 qui concerne l'ensemble des caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires a engendré une charge de travail conséquente pour le Fonds CMU. Pour permettre sa mise en œuvre de nombreux travaux ont été menés : refonte des conventions financières avec les régimes obligatoires d'assurance maladie, refonte du plan de contrôle du Fonds CMU, création de nouveaux outils/tableaux de bord pour suivre les dépenses de CMU-C des organismes complémentaires... Sur le deuxième semestre 2013, l'élaboration du VIème rapport d'évaluation de la loi CMU, qui sera rendu public prochainement, a fortement mobilisé le Fonds. Enfin, de nombreuses études ont été menées en collaboration avec des caisses d'assurance maladie, l'EN3S, l'UNCCAS, des CCAS, des chercheurs et de nouveaux partenariats ont été initiés notamment avec le Défenseur des droits. Ces études essentielles permettent au Fonds CMU de constituer une véritable force de propositions pour accompagner nos concitoyens les plus défavorisés vers les soins et la santé

(2013). "Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire étrangers malade". Pantin, AIDES

Dans le cadre du droit au séjour pour raison médicale (DASEM)(resident permit for health reasons), les étrangers gravement malades vivant en France peuvent prétendre à un titre de séjour pour raison médicale: soit une carte de séjour temporaire d'un an, soit une autorisation provisoire de séjour, soit sous certaines conditions une carte de résident (carte de 10 ans). Pour obtenir ces titres et donc leur régularisation pour raison de santé, les personnes doivent payer des taxes de séjour en timbres fiscaux. Les étrangers séjournant régulièrement sur le territoire français peuvent également faire une demande de regroupement familial. S'il font l'objet d'un refus de séjour, les étrangers malades peuvent se voir remettre une OQTF (obligation de quitter le territoire français) et faire l'objet d'un placement en centre de rétention. On assiste également à des expulsions d'étrangers gravement malades. Certains départements de France, comme la Guyane, sont particulièrement défavorables en matière d'application du droit au séjour pour soins. Tous ces éléments sont décryptés dans le deuxième rapport de l'observatoire de AIDES sur les étrangers malades (résumé de l'éditeur).

(2013). "Rapport d'activité 2012 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU

<https://www.vie-publique.fr/rapport/35895-fonds-de-financement-de-la-protection-complementaire-de-la-couverture-un>

Comme chaque année, le fonds CMU présente son rapport d'activité. Au sommaire : L'accès aux soins des populations précaires dans un contexte de crise économique qui perdure : les dépenses restent contenues malgré un contexte économique peu favorable ; Les comptes du Fonds CMU ; Les activités du Fonds CMU ; Les missions du fonds CMU ; La présentation de la CMU et de l'ACS ; Les principaux textes 2012 relatifs au fonds CMU, à la CMU et à l'ACS ; Le

Conseil d'administration ; Le Conseil de surveillance ; L'organigramme du fonds CMU. L'année 2012 a été principalement marquée par la hausse des effectifs de l'ACS (+ 30,8 % par rapport à 2011), la barre hautement symbolique du million de bénéficiaires d'attestations ayant été dépassée en fin d'année, par la production de plusieurs études, notamment celle sur la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C réalisée en collaboration avec l'EN3S, et par la refonte du site Internet du Fonds, qui a sans doute constitué l'une des tâches les plus lourdes de l'année.

Watrin, D. (2013). "Projet de loi de finances pour 2014. Tome VI : Avis relatif à la santé". Paris, Sénat <http://www.senat.fr/rap/a13-159-6/a13-159-61.pdf>

Cet avis fait le point sur le budget de la mission santé pour 2014 et rassemble les remarques formulées par la Commission des affaires sociales du Sénat. Le budget de la mission « santé » s'élève pour 2014 à 1,3 milliard d'euros. Ses crédits sont en légère hausse (0,8 %) par rapport à 2013. Cette évolution recouvre une progression de 2,9 % des moyens du programme 183 « Protection maladie », et une baisse de 1 % de ceux du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». L'augmentation modeste mais notable dans le cadre général d'austérité financière cache plusieurs évolutions contrastées. L'augmentation du programme « Protection maladie » est imputable en totalité à l'aide médicale d'Etat (605 millions d'euros budgétés contre 588 en 2013) car la dotation de l'Etat au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) est nulle pour la deuxième année consécutive. Les crédits du programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » supportent, à eux seuls, les mesures jugées nécessaires pour le redressement des comptes publics. Ils baissent globalement de 1 % (693,4 millions d'euros contre 700,2 millions d'euros autorisés cette année). Les « actions » (composants des programmes) les plus affectées par cette baisse de crédits sont : les « projets régionaux de santé » (dont le budget baisse de 12,2 % pour s'établir à 130,9 millions d'euros), la « réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires » (- 10,4 % à 18,2 millions d'euros), la « prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » (- 4,2 % à 9,5 millions d'euros), la « qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain » (- 3,7 % à 145 millions d'euros) et enfin « l'accès à la santé et l'éducation à la santé » (2,4 % à 9,5 millions d'euros). S'agissant des projets régionaux de santé, ceux-ci se verront contraints d'utiliser pour des actions de soins curatifs les dotations pourtant allouées pour le financement de la prévention par l'assurance maladie. La baisse des crédits de réponse aux urgences et aux alertes (- 10 %) repose sur une diminution de la subvention à l'Etablissement public de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). La subvention est fixée pour 2014 à un niveau tenant compte de son fonds de roulement prévisionnel, ainsi que de la mise en oeuvre de son programme d'achats pluriannuel de stocks stratégiques. Aux yeux de votre rapporteur, l'Eprus sert en pratique de variable d'ajustement. Pour la prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins (9,5 millions d'euros), ce sont 6,1 millions d'euros qui vont être dédiés au plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST (infections sexuellement transmissibles) et 1 million d'euros qui financera des actions de lutte contre les hépatites B et C. Si l'on prend en compte, comme le fait le Gouvernement, les 0,34 million d'euros destinés à des dépenses de fonctionnement, on aboutit à un montant total de 7,44 millions d'euros consacrés à la lutte contre ces pathologies. La lutte anti-vectorielle sera dotée de 1 million d'euros. La subvention de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) diminue (144,9 millions d'euros contre 150,4 millions) mais le plafond d'emplois est maintenu au même niveau que celui de 2013 (1 009 ETP). Quant à l'action n° 12, pour « l'accès à la santé et l'éducation à la santé », elle voit ses crédits diminuer par rapport à 2013 de - 1,7 % en autorisations d'engagement et de - 2,4 % en crédits de paiement, pour s'élever à 25,7

millions d'euros. Cette baisse touche essentiellement la subvention à l'Inpes (24,1 millions) qui diminue de 0,1 million d'euros. Ces baisses servent à financer l'augmentation des crédits de l'action « modernisation de l'offre de soins », qui progressent de 11,6 % par rapport à 2013 pour s'établir à 190,3 millions d'euros. Cette augmentation bénéficie pour une part au financement des stages des internes en médecine ambulatoire, mais elle tient aussi à une extension de périmètre liée à la réforme du financement de la Haute Autorité de santé, en cours de discussion dans le cadre du PLFSS. Sur ce point, la progression des dépenses correspond à de nouvelles recettes et non à un effort financier supplémentaire.

Caffet, J. P. (2012). "Projet de loi de finances 2013 : santé". Paris, Sénat

<http://www.senat.fr/rap/l12-148-326/l12-148-3261.pdf>

Ce rapport réalisé par la Commission des finances sur le projet de loi de finances 2013 fait notamment le point sur la mission « Santé ». L'auteur du rapport note que la mission participe à l'effort de maîtrise des dépenses prévu par la loi de programmation des finances publiques pour 2012 à 2017. En effet, sa dotation diminue entre 2012 et 2013, passant de 1,41 Md à 1,29 Md, puis elle sera stabilisée les deux années d'après à 1,3 Md. Le rapport souligne également la baisse du montant des crédits de la mission de 8% entre 2012 et 2013, ce qui le porte à 1 289,2 M en autorisation d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP). Cette réduction s'explique entre autre par une optimisation des dotations attribuées à certains opérateurs ou services : ARS, -32,4 M ; EPRUS, -6,4 M ; ANSM, -6,9 M. Les économies dégagées à ce titre représentent 45,7 M?. L'auteur souligne par ailleurs que près de 10% des crédits de la mission « Santé » sont destinés à un seul opérateur : l'ANSM (128,5 M).

(2012). "Rapport d'activité 2011 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU

<https://www.vie-publique.fr/rapport/32479-fonds-de-financement-couverture-universelle-du-risque-maladie-2011>

Ce rapport d'activité reprend les données qualitatives et quantitatives au 31 décembre 2011 relatives notamment aux effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la CMU de base. Fin 2011, les bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, RSI et MSA) représentent 5,9 % de la population de métropole et 30 % de la population des DOM. La proportion de bénéficiaires gérés par un organisme complémentaire progresse : elle est de 15,7 % en 2011, contre 15,1 % en 2010. Le rapport signale la baisse sensible du non recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle qui se situe à 21,5 % à fin juin 2011, soit une baisse de 7 points en 1 an. A l'issue de l'année 2011, il est observé une hausse sensible du nombre de bénéficiaires de l'ACS (+ 20,8 %), évolution correspondant exactement à la mesure de l'impact du relèvement du plafond faite par le Fonds.

Fragonard, B., Peltier, M. et RIVARD, A. (2012). "Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Groupe de travail "Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux".", La Documentation Française

Dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, les sept groupes de travail mandatés par le Premier ministre ont remis leurs travaux et préconisations. Ceux-ci serviront à l'élaboration prochaine d'un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Les thèmes abordés par les groupes de travail sont les suivants : -Accès aux droits et aux biens

essentiels, minima sociaux -Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement -Emploi, travail, formation professionnelle -Familles vulnérables, enfance et réussite éducative - Gouvernance des politiques de solidarité -Logement, hébergement -Santé et accès aux soins. Le présent rapport a été rédigé par le groupe de travail "Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux" qui a centré ses travaux sur les sujets suivants : alimentation, solvabilité de l'accès à la santé et au logement, eau et énergie, justice, transports et télécommunications. Il préconise quatre mesures incontournables : - l'augmentation du RSA - l'amélioration substantielle du taux de recours aux prestations sociales grâce à la mobilisation exceptionnelle de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses de protection sociale et du secteur associatif -un effort résolu en faveur des jeunes notamment ceux qui n'accèdent ni à la formation ni à l'emploi -l'accompagnement des ménages vulnérables dans toutes les actions d'insertion, à commençant par les plus quotidiennes, en mettant l'accent sur les moyens humains requis dans les services publics.

Goasguen, C. et Sirugue, C. (2012). "L'aide médicale de l'État : mieux gérer un dispositif nécessaire. Suivi du rapport de 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État : rapport d'information". Paris, Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4363.pdf>

Ce rapport de suivi sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État établit un bilan du fonctionnement du dispositif en mettant en évidence son intérêt en termes de santé publique mais en s'interrogeant sur les moyens de mieux connaître et de maîtriser l'origine des variations des dépenses afférentes. Les conclusions du document met en relief la nécessité d'une adaptation et d'une modernisation de sa gestion, notamment en ce qui concerne les modalités de tarification des soins hospitaliers. Parmi les points positifs relevés par le rapport de suivi, on retiendra l'application rapide de la recommandation d'abandonner progressivement le tarif journalier de prestation (TJP) afin d'adopter la tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS), le TJP étant devenu une variable d'ajustement des recettes de l'hôpital. Cette recommandation a été adoptée à l'été 2011, dans le cadre du premier projet de loi de finances rectificative pour 2011. La réforme vise une tarification modifiée à partir du 1er décembre 2011 et complètement en vigueur en 2013. Il s'agit d'un système reposant sur la T2A (le tarif sera équivalent à 80 % du tarif « de droit commun »), mais modulée par deux coefficients correcteurs afin de prendre en compte les spécificités de ces patients et les difficultés des hôpitaux lors de la transition. Cette réforme ne s'applique pas aux soins assurés dans le cadre de la procédure des soins urgents. Autre point positif, la revalorisation significative de la dotation initiale en 2011, alors que jusqu'alors les dotations étaient systématiquement et très largement sous-évalués. Ce qui n'a pas empêché une ouverture supplémentaire de crédits de 35 millions d'euros en fin d'année, les réformes engagées au cours de l'année 2011 n'ayant sans doute pas porté encore tous leurs effets. Les autres propositions du rapport de juin 2011 ont connu des fortunes diverses. La proposition d'une visite de prévention à tout nouveau bénéficiaire de l'AME est encore au stade de l'expérimentation, réalisée sur trois centres de santé seulement. La rédaction d'un arrêté qui prolongerait la conservation des données issues de la base de l'assurance maladie Érasme se heurterait aux réticences de la CNIL. S'agissant de l'amélioration des conditions de gestion, la CNAMTS développe actuellement un nouvel outil de gestion, en cours d'expérimentation dans certaines caisses. De plus, elle effectue depuis juillet dernier un rapport mensuel (et non trimestriel) des dépenses, ce qui devrait améliorer la prévision budgétaire. Enfin, l'application du droit de timbre oblige certaines familles, en raison du coût du timbre, de choisir le membre de la famille bénéficiaire. Le nombre de droits de timbre de 30 euros acquittés au 15 décembre dernier était de 88 086. Quant au nombre de

bénéficiaires de l'AME en 2011, il semble avoir diminué par rapport à 2010, notamment en raison de la suppression de la possibilité d'instruire les demandes par les associations.

Legros, M., Bauer, D. et Goyaux, N. (2012). "Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Groupe de travail "Santé et accès aux soins" : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins.", La Documentation Française

Dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, les sept groupes de travail mandatés par le Premier ministre ont remis leurs travaux et préconisations. Ceux-ci serviront à l'élaboration prochaine d'un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Les thèmes abordés par les groupes de travail sont les suivants : -Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux -Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement -Emploi, travail, formation professionnelle -Familles vulnérables, enfance et réussite éducative - Gouvernance des politiques de solidarité -Logement, hébergement -Santé et accès aux soins. Le présent rapport a été rédigé par le groupe de travail "Santé et accès aux soins" présidé par Michel Legros. Il propose de renforcer les différentes composantes du service public local afin de favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. De plus, il préconise une plus grande accessibilité financière au système de soins et de santé grâce à une diminution des "restes à charge" et une extension de la couverture maladie universelle et de la CMU complémentaire.

Ministère chargé de la santé. (2012). "Rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France.", La Documentation Française

Le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion ont remis au Parlement un rapport sur l'évolution de la pauvreté en France. Ce rapport se subdivise en quatre points : 1-l'évolution récente de la pauvreté en France 2-Le rôle du système de protection sociale dans la réduction de la pauvreté 3-L'évolution de l'opinion sur la pauvreté et les politiques sociales pendant les crises économiques 4-Le non recours aux prestations sociales. En 2010, le nombre des situations de pauvreté a augmenté et s'est diversifié : 14,1 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté, contre 13,5 % en 2009. Ce sont 400 000 personnes qui sont tombées dans la pauvreté. Par ailleurs, les Français les plus modestes ne recourent pas suffisamment aux dispositifs auxquels ils ont droit. Ce phénomène du non-recours aux prestations sociales, dont l'importance a été soulignée lors de l'évaluation du RSA (le taux de non-recours au RSA activité est estimé à 68 %), se traduit par la réduction de l'efficacité des dispositifs censés aider les personnes.

(2011). "Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis". Paris, CNLE

https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/Avis_CNLE_sur_acces_aux_soins_version_finale_050711_2_3.pdf

Dans cet avis sur l'accès aux soins des plus démunis, le Conseil national de lutte contre les exclusions plaide pour une levée immédiate des restrictions de l'aide médicale d'État introduites par la loi de finances pour 2011, compte tenu des éléments du rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances (Igas-Igf 2010) venant étayer les constats et observations des acteurs de terrain, professionnels de

santé, travailleurs sociaux - éléments qui n'ont pas été mis à la disposition des parlementaires. Afin de simplifier l'accès aux droits pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, le CNLE se prononce également pour la création d'un seul dispositif spécifique destiné aux plus démunis englobant la couverture maladie universelle (CMU) et l'AME. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Ce dispositif doit être ouvert à toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif. Enfin, l'avis propose une revalorisation immédiate du seuil de la CMU-C, à hauteur du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, et des mesures pour améliorer le recours aux dispositifs (information plus large, ciblée et adaptée, reconnaissance du rôle des PASS (Permanences d'accès aux soins) dans l'établissement des droits et dans l'accompagnement vers l'accès aux soins, permanences assurées par les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) dans les lieux qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité).

(2011). "Rapport d'activité 2010 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, La Documentation française
<https://www.vie-publique.fr/rapport/31857-fonds-de-financement-couverture-universelle-du-risque-maladie-2010>

Descoeur, V. (2011). "Avis sur le projet de loi de finances pour 2012. Tome II : Santé : Santé et systèmes de soins". Paris, Assemblée nationale
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/budget/plf2012/a3811-tII.pdf>

Après une évolution importante de l'architecture interne de la mission « Santé » en 2011 en raison de la mise en place des agences régionales de santé, celle-ci voit ses contours désormais stabilisés dans le projet de loi de finances pour 2012. Les moyens consacrés à la santé et au système de soins, sur lesquels porte le présent avis budgétaire, sont donc désormais retracés dans l'action n° 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme n° 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », ainsi que dans le programme n° 183 « Protection maladie ». Leur évolution globale est, dans l'ensemble, favorable ; elle traduit aussi un effort de maîtrise accrue de la dépense qui avait ailleurs fait, l'année dernière, l'objet d'un assez large débat concernant l'aide médicale de l'État. Les priorités dégagées par le Gouvernement dans le présent projet de budget, à savoir un renforcement des moyens dédiés à la formation médicale, une stabilisation des moyens des opérateurs de l'État et le souci d'éviter toute dérive incontrôlée des dépenses sont, au vu du contexte économique actuel, tout à fait opportunes. Après avoir présenté les principales orientations retenues pour 2012, le rapporteur pour avis a souhaité prolonger la réflexion entamée dès cet été sur les instances d'expertise sanitaire dans le cadre de rapports d'information parlementaires et du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Il a donc décidé de faire porter ses travaux sur la Haute Autorité de santé, institution souvent évoquée mais n'ayant pas fait, pour l'instant, l'objet d'une analyse spécifique. Exerce-t-elle correctement ses missions ? Des évolutions peuvent-elles être envisagées ? Telles sont les questions auxquelles le présent avis s'efforce de répondre.

Goasguen, C. et Sirugue, C. (2011). "L'évaluation de l'aide médicale d'Etat : rapport d'information". Paris, Assemblée nationale

Ce rapport confirme l'intérêt de l'Aide médicale d'Etat (AME), qui a fait l'objet de nombreuses polémiques et de récentes réformes législatives très controversées. Cette prise de position en faveur de l'AME rejoint en beaucoup de points celle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) dans leur rapport de mission rendu public en décembre dernier. Le sujet est en effet polémique. Pendant un an, ils ont procédé à une dizaine d'auditions, à des déplacements (deux hôpitaux d'Île-de-France et deux caisses d'assurance maladie) et ont interrogé au moyen de questionnaires toutes les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le rapport constate qu'il n'y a pas d'"explosion" de la consommation de soins par les bénéficiaires de cette prestation. Comme les enquêtes précédentes, les rapporteurs confirment également que les fraudes supposées n'ont rien à voir avec l'envolée des dépenses d'AME. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) les évalue en effet à moins de 0,3 % du montant des prestations. Le fantasme des innombrables ayants droit d'un même bénéficiaire est également mis à mal par les deux rapporteurs, qui rappellent que 81 % des bénéficiaires de l'AME sont des personnes isolées et que seuls 5 % ont deux ayants droit ou davantage. La forte croissance est liée à l'envolée du nombre d'étrangers concernés et à la forte hausse des coûts des séjours hospitaliers (même constat que l'IGAS). On assiste également à une sous-estimation chronique des crédits à allouer. Mais si les députés estiment que le dispositif doit être maintenu, car il répond, selon eux, aux impératifs humanitaires et de santé publique, ils préconisent néanmoins de réformer sa gestion. Les deux députés, bien que divisés sur l'efficacité de l'introduction d'un ticket d'entrée de 30 euros, sont en revanche convaincus que ce timbre coûtera plus cher qu'il ne rapportera. Ils font un certain nombre de recommandations, pas toujours partagées, pour améliorer les modalités de gestion de l'AME. Ils suggèrent ainsi d'appliquer pour les séjours hospitaliers une tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS) et de mettre en place un suivi médical en aval efficace et une première visite de prévention lors de la première année. Côté divergences, le député UMP se dit favorable à un transfert de la gestion de l'AME à un organisme d'assurance privé, préconise une enveloppe limitative annuelle et se montre ouvert à l'idée de niveaux de protection gradués. Son collègue socialiste plaide en revanche pour un assouplissement de la procédure de domiciliation des demandeurs - avec l'introduction d'une domiciliation par des tiers - et préconise l'amélioration de la couverture territoriale des lieux d'instruction des dossiers.

(2010). "Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU

<https://www.vie-publique.fr/rapport/31132-fonds-de-financement-couverture-universelle-du-risque-maladie-2009>

Ce rapport annuel dresse le profil des bénéficiaires de la CMUC-C au 31 décembre 2009. 4 173 817 personnes bénéficiaient de la CMU-C, un chiffre en légère baisse sur un an, mais qui risque de progresser en 2010 ; En effet, la crise économique amorcée fin 2008 ne produit pas encore ses effets, mais les amortisseurs sociaux liés au risque de perte d'emploi devraient arriver à leur terme courant 2010 pour bon nombre de personnes. Les dépenses de la CMU-C connaissent une évolution modérée. La dépense moyenne par bénéficiaire est ainsi évaluée en 2009 à environ 418 euros par la CNAMTS, soit une augmentation de 2,6 %. Un montant toutefois supérieur au forfait par bénéficiaire attribué aux gestionnaires des contrats (370 euros) qui supportent la différence. Le montant restant à la charge de la CNAMTS, qui gère environ 3 millions de bénéficiaires de CMU-C, s'élève ainsi à 144 millions d'euros. Le nombre

de bénéficiaires de la CMU de base a dépassé fin 2009 la barre des 2 millions de personnes, en hausse de 40 % sur un an. Un tiers des bénéficiaires du revenu de solidarité active socle ne ferait pas valoir ses droits à la CMU-C alors qu'ils peuvent y prétendre. Le rapport d'activité souligne par ailleurs la "lente montée en charge" de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), avec un nombre de bénéficiaires qui apparaît stable en 2009 par rapport à 2008 (600 336 personnes fin 2009). Le taux d'utilisation des attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie pour l'obtention de l'ACS est très élevé et se situe autour de 80 %. Parmi ses bénéficiaires, 71 % ont fait valoir leurs droits auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans un Institut de prévoyance. Les contrats de complémentaire santé que souscrivent les bénéficiaires de l'ACS s'avèrent une nouvelle fois être de qualité limitée, de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. La charge des ménages pour financer annuellement la complémentaire santé reste conséquente et représente la moitié d'un mois de revenus. Les comptes du fonds CMU pour l'année 2009 présentent un résultat positif de 19 millions d'euros.

Cordier, A. et Salas, F. (2010). "Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état". Paris, I.G.A.S.

L'aide médicale de l'Etat (AME) est un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficiaire de la CMUC (634 euros mensuels pour une personne seule, 951 euros pour deux personnes). Depuis sa création dans la continuité de l'aide médicale départementale, l'AME a fait l'objet de plusieurs rapports. Le rapport ci-joint s'inscrit dans le prolongement du rapport IGF/IGAS de mai 2007 (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000345/index.shtml>). Une forte augmentation des dépenses d'AME (droit commun) a été observée en 2009 (+13,3%) pour atteindre 540 millions d'euros, largement supérieure au rythme de progression des dépenses d'assurance maladie. Cette progression s'est à peine ralentie au premier semestre 2010 (+12,3%). Les ministres commanditaires ont demandé à la mission d'analyser les causes d'une telle évolution, et de proposer toutes solutions utiles pour améliorer la fiabilité des prévisions budgétaires (au sein du programme 183 « protection maladie », voire pour renforcer la maîtrise du dispositif. A leur demande, la mission devait également examiner les modalités de mise en place d'une contribution forfaitaire des bénéficiaires de l'AME sous forme d'un droit d'entrée dans le dispositif, et en évaluer le bénéfice-coût.

Jegou, J. j. (2010). "Rapport général au nom de la commission des Finances de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de finances pour 2011. Tome III : Moyens des politiques publiques et dispositions spéciales. Annexe n° 26 sur la santé". Paris Sénat

L'avis de Jean-Jacques Jegou fait au nom de la mission santé de la commission des finances présente l'affectation des ressources financières du secteur santé, par programme : programme prévention, sécurité sanitaire et offre de soins, programme protection sociale (protection complémentaire, couverture maladie universelle, aide médicale d'Etat?), dans le cadre de la loi de Finances pour 2011.

Milon, A. (2010). "Avis présenté au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2011. Tome V : Santé". Paris ([Avis n° 113.%I Sénat](#))

Réalisé au nom de la Commission des Affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de finances 2011, cet avis présente les recommandations de la Commission pour maîtriser les dépenses publiques dans le secteur de la santé. Les deux aspects abordés concernent les moyens d'action et l'indépendance des agences sanitaires (notamment l'Afssaps avec l'affaire du Mediator) et la réforme de l'aide médicale d'Etat (AME).

(2009). "Rapport d'activité 2008 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU
<https://www.vie-publique.fr/rapport/30456-fonds-de-financement-couverture-universelle-du-risque-maladie-2008>

Le rapport d'activité 2008 du Fonds CMU vise à fournir, au-delà des informations sur son fonctionnement, des données et des analyses relatives à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé. La première partie du rapport permet de présenter le suivi de la CMU dans les lois de finances (budget de l'État). Dans la deuxième partie, tous les chiffres relatifs aux recettes et aux dépenses de CMU-C sont fournis, ainsi que des données sur les complémentaires santé : leur chiffre d'affaires, l'aide complémentaire santé et l'actualité. Une dernière partie propose des perspectives 2009 du Fonds Cmu.

(2008). "Rapport d'activité 2007 du Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU
<https://www.vie-publique.fr/rapport/29783-fonds-de-financement-couverture-universelle-du-risque-maladie-2007>

Le rapport d'activité 2007 du Fonds CMU vise à fournir, au-delà des informations sur son fonctionnement, des données et des analyses relatives à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé. Cette année, une nouvelle présentation de la première partie du rapport permet de présenter le suivi de la CMU dans les lois de finances (budget de l'Etat). Dans la deuxième, tous les chiffres relatifs aux recettes et aux dépenses de CMU-C sont fournis. La dernière partie est consacrée au monde des complémentaires santé : leur chiffre d'affaires, l'aide complémentaire santé et l'actualité des complémentaires santé en 2007.

(2007). "Rapport d'activité 2006 du Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU

Ce rapport présente les comptes du Fonds Cmu, qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle et assure la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Les recettes 2006 s'établissent à 1,65 milliard d'euros dont 967 millions en provenance de l'Etat (en baisse régulière depuis 2002) et 650 millions des OC (en forte hausse - contribution relevée à 2,5 % du chiffre d'affaires). Les dépenses 2006 de 1,68 milliard sont en hausse de 14 % sur un an. Au 31 décembre 2006, on comptait 4 861 000 bénéficiaires de la CMUC, effectifs quasi stables par rapport à 2005 (hausse de 0,5 % dont 0,3 % en métropole). 7,8 % de la population résidant en France est couverte par la CMUC, avec de fortes variations territoriales : 6,9 % en métropole, contre 35,6 % dans les DOM. La Réunion, avec 320 000 bénéficiaires et 42 % de la population couverte constitue un record absolu. En matière d'ouverture de droit, le régime général représente 91,7 % des bénéficiaires, la MSA 3,1 % et le RSI 3,5 % des effectifs de l'ensemble de la prestation. Les effectifs du régime général sont pratiquement stables. Les autres régimes ont des évolutions plus contrastées : les bénéficiaires de la CMU du régime agricole ont subi une baisse sensible, puis se stabilisent en 2006. Le régime des travailleurs indépendants accuse pour sa part une

forte croissance continue, depuis 3 ans années. La part des assurés du RSI à faibles revenus augmente très fortement. Les mesures favorisant la création d'entreprises ont attiré vers lui des personnes dont la situation reste économiquement assez fragile. La part des organismes complémentaires reste assez faible dans la gestion de la prestation (12,7 %). Le coût unitaire moyen par bénéficiaire CMUC des dépenses de santé - 334 euros en Métropole en 2005 pour la CNAMTS, 301 pour le RSI et 314 pour la MSA, 317 pour les OC - est à comparer au montant des remboursements que touchent les organismes pour la gestion de la prestation - 304,52 euros. Une première estimation de la dépense moyenne 2006 ressort à environ 353 euros pour la CNAMTS en métropole (pour 340 euros remboursés).

Azoulay, J., Chambaud, L., Corlay, D., et al. (2007). "Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat : Mission d'audit de modernisation". Paris, I.G.A.S.

Le présent rapport fait partie de la cinquième vague d'audits de modernisation lancés en octobre 2005 dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui introduit une démarche de performance, visant à faire passer l'Etat d'une "logique de moyens" à une "logique de résultats". Les audits sont réalisés sous la co-maîtrise d'ouvrage du ministère intéressé (qui s'appuie sur le secrétaire général et ses équipes de modernisation) et du ministère chargé du budget et de la réforme de l'Etat (qui s'appuie notamment sur la direction générale de la modernisation de l'Etat).

(2006). "L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé". Paris, Sénat ([Les documents de travail du Sénat : série Législation comparée n° LC 160.](http://www.senat.fr/lc/lc160/lc160.pdf))
<http://www.senat.fr/lc/lc160/lc160.pdf>

Instituée le 1er janvier 2000 après l'entrée en vigueur de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), l'aide médicale de l'État (AME) assure une protection médicale aux personnes qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la couverture médicale universelle, c'est-à-dire essentiellement aux étrangers en situation irrégulière. Les discussions relatives au budget de l'AME conduisent à s'interroger sur l'existence de dispositifs similaires dans les autres pays européens, et donc à analyser les droits accordés aux étrangers en situation irrégulière en matière d'accès aux soins ainsi que la façon dont ces mesures sont financées. Les pays suivants ont été retenus : l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, les Pays-Bas et le Portugal.

(2006). "Rapport d'activité 2005 du Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie". Paris, Fonds CMU

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, appelé de façon plus prosaïque Fonds CMU, est un établissement administratif de l'Etat de petite taille, puisque son effectif est de 9,3 personnes. L'année 2005, comme ses devancières, a fait peser sur cette équipe réduite une lourde charge de travail. Le présent rapport d'activité retrace les grands éléments qui ont marqué la vie du Fonds en cette année 2005.

(2005). "Rapport d'activité 2004". Paris, Fonds CMU

Ce document constitue le troisième rapport d'évaluation du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. La situation

financière du Fonds, de par la dotation budgétaire complémentaire apportée par la loi de finances rectificative pour 2004, est passée d'un cumul négatif de 70 millions d'euros au 31 décembre 2003 à un résultat positif de 5 millions d'euros à la fin 2004. Le Fonds CMU, observateur privilégié du monde des complémentaires santé, grâce à la contribution de 1,75 % sur le chiffre d'affaires de cette branche, peut mesurer le poids de cette activité. Ce chiffre d'affaires a atteint, en 2004, 22 milliards 632 millions d'euros et marque une progression de 10,54 %. Le forfait CMU C de 300 ? applicable en 2004 versé par le Fonds, et qui depuis le 1er janvier s'applique indistinctement aux régimes d'assurance maladie de base comme aux complémentaires santé, fut critiqué pour sa modicité, aussi bien par les premiers que par les seconds. Le rapport d'activité donne le coût moyen de la CMU complémentaire. Si les chiffres de 2004 ne sont pas encore connus, ceux de 2003 atteignent 310 ? pour la CNAM et 296 ? pour les OC. Le chiffre de la CNAMTS pour 2004 est estimé à 328 ?. Parmi les chantiers entrepris par l'équipe du Fonds en 2004, signalons celui de la mise en place du Répertoire national des organismes complémentaires (RNOC) qui sera opérationnel au mois de juin prochain.

(2003). "Rapport d'évaluation de la CMU". Paris, La Documentation française

https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-07/Fonds_CMU_Rapport_II_Decembre_2003_.pdf

Le premier rapport d'évaluation de la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a été rédigé en décembre 2001 par M. Yves Carcenac et Mme Evelyne Liouville, membres de l'Inspection générale des affaires sociales. Ce second rapport d'évaluation, confié au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, fait apparaître que les difficultés rencontrées au début de la mise en œuvre du dispositif ont été pour la plupart résolues. Quelques aspects de la CMU nécessitent malgré tous des aménagements : c'est le cas de l'atténuation de l'effet de seuil du plafond CMU-C (les auteurs reviennent pour cela sur la mise en place d'un dispositif d'aide à l'amélioration de la couverture maladie des personnes dont les ressources sont immédiatement supérieures au plafond de la CMU et sur la possibilité d'acquiescer une couverture complémentaire). L'application de la loi s'oriente par ailleurs vers une convergence nationale de tous les dispositifs mis en place au niveau local.

Guillemot, B. et Mercereau, F. (2003). "Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'état". Paris, I.G.A.S.

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/054004448.pdf>

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'expliquer les déterminants de la forte progression des dépenses de l'aide médicale de l'Etat (AME) constatée depuis 2000, d'en prévoir l'évolution et de " proposer les mesures d'urgence, ou à plus long terme, propres à maîtriser cette augmentation des dépenses ". Réformée en application de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), l'AME constitue désormais la couverture maladie des étrangers résidant en France sans remplir la condition de stabilité et de régularité du séjour exigée pour l'admission à la CMU. Elle est accordée sous conditions de ressources, le plafond étant identique au plafond CMU.

Robert, D. (2003). "L'accès de tous aux droits de tous pour la mobilisation de tous". Paris, C.E.S. (Conseil Economique et Social)

<https://www.lecese.fr/travaux-publies/laces-de-tous-aux-droits-de-tous-par-la-mobilisation-de-tous>

Dans un avis rapporté par Didier Robert, vice-président du mouvement Atd-Quart monde, adopté le 18 juin et intitulé "l'accès de tous aux droits de tous...", le Conseil Economique et Social formule un certain nombre de propositions pour réduire les inégalités. En matière de protection de la santé, il recommande de lisser les effets de seuil et de modifier ou de rétablir certaines conditions d'accès à la cmu et à l'ame, de renforcer le rôle des Praps, de réactiver la mission sociale de l'hôpital et de développer l'offre de soins de proximité.

(2001). "La CMU : un an après le bilan". Paris, Cnamts

La loi instaurant la couverture maladie universelle a été votée en juillet 1999, et son entrée en vigueur a été fixée au 1er janvier 2000. Un premier dossier réalisé en octobre 2000 faisait un bilan de dix mois d'application du dispositif. Ce deuxième dossier réalisé en avril 2001 dresse un état des lieux du dispositif après un an d'application. Les points abordés sont les suivants : profils des bénéficiaires, types de soins, facilité de l'accès aux soins, renouvellements des droits, tiers payant et aide médicale d'Etat.

ARTICLES

Batifoulier, P. et Nefzi, N. (2024). "Ce que coûte vraiment l'aide médicale d'État." *The conversation*. <https://theconversation.com/ce-que-coute-vraiment-laide-medicale-detat-220447>

Si l'aide médicale d'État devait être supprimée, des experts craignent une aggravation de la surcharge des urgences hospitalières et des services dédiés aux populations les plus précaires

Boddy, S., Le Brun, S. et Bachelet, A. (2024). "Aide Médicale d'Etat : Vague à l'AME." *Finances hospitalières*(189): pp.2-5.

Le 31 janvier 2024, le Premier ministre confirma, dans son discours de politique générale, la perspective d'une prochaine réforme réglementaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Cet article en propose un éclairage du point de vue de la gestion hospitalière.

D'halluin, E., Tisserand, C., Wang, S., et al. (2024). "Migrations et santé : faire face au soin entravé contraintes, expériences, adaptations [dossier thématique]." *Revue Française des Affaires sociales*(3): pp. 3-243.

Au sommaire de ce dossier : 1 - Migrations et santé : faire face au soin entravé contraintes, expériences, adaptations : - Avant-propos 2 -Résistances subjectives et pratiques face au soin entravé : contournement, renoncement et expérience : - Épuiser la biolégitimité. La fragilisation du droit au séjour pour soins en France hexagonale - Une santé à la marge : l'imbrication des entraves à la santé dans les trajectoires des exilé-es vivant en squat - Effets de la précarité administrative sur la santé des migrants âgés - Prendre soin des personnes

âgées immigrées souffrant de troubles psychiques : trajectoires d'aide des familles 3 - Enjeux organisationnels, institutionnels et professionnels du soin pour ou par les personnes migrantes : - Les limites du « tapis rouge ». Le cas de l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine en France en 2022 - Mobiliser des savoirs communautaires dans la médiation en santé : le cas de la PrEP parmi les femmes trans, migrantes, travailleuses du sexe, séronégatives - De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels - La prise en charge des mineurs comoriens « évasanés » de Mayotte vers La Réunion et leurs proches : le secteur associatif aux avant-postes ? - Soigner le trauma des migrants dans les centres régionaux de psychotraumatisme : entre enjeu de santé publique et épreuves pratiques - [Expérience] Soutenir la santé mentale des personnes migrantes ou désanatiser le soin ? - [Point de vue] La santé des immigrés au piège du totem de l'aide médicale d'État

Izambert, C. (2024). "[Point de vue] La santé des immigrés au piège du totem de l'aide médicale d'État." *Revue Française des Affaires sociales* **243**(3): 235-243.

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2024-3-page-235?lang=fr>

Joxe, L. (2024). "Les limites du « tapis rouge ». Le cas de l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine en France en 2022." *Revue Française des Affaires sociales* **243**(3): 115-132.

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2024-3-page-115?lang=fr>

Pour évaluer la part minimale des entraves aux soins auxquelles peuvent être confrontées les populations exilées, cet article s'appuie sur un cas contre-intuitif et presque idéal-typique de la migration internationale : celui de l'accueil « à bras ouverts » autant par les autorités que par les citoyens français des exilés issus d'Ukraine en 2022. Dans ces conditions, quelles ont été les limites résiduelles de ce « tapis rouge » ? Fondé sur dix-neuf entretiens avec des familles exilées ainsi qu'une trentaine avec des acteurs institutionnels et associatifs dans la métropole lyonnaise, cet article met en évidence la persistance, malgré les mesures d'exception mises en place, de difficultés d'accès aux soins. Certaines sont intrinsèquement associées à l'urgence d'une situation de crise migratoire (non-recours, freins linguistiques, manque d'informations ou restriction des critères d'admission), d'autres, plus structurelles, sont liées au système de santé français (contenu du « panier de soins », délais d'obtention d'un rendez-vous ou frilosité des praticiens), et d'autres enfin, interculturelles, sont à l'origine d'incompréhensions entre les exilés et les acteurs de l'accueil et du soin.

Zucman, D. (2024). "Déprotection sanitaire des étrangers, de quoi la démission d'Aurélien Rousseau est-elle le nom ?" *Santé Publique* **36**(2): 95-96.

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-2-page-95>

Fin décembre 2023 a été lancé en France un débat parlementaire qui met en danger l'accès à l'Aide médicale de l'État (AME) des étrangers gravement malades résidant en France en situation irrégulière. Les conséquences d'une approche trop restrictive des questions de santé sont connues : détérioration de l'accès aux soins, charge supplémentaire pour l'hôpital public, fragilisation du système de santé dans son ensemble. Les risques pèsent particulièrement sur certaines catégories d'étrangers, parmi lesquels les migrants vivant avec le VIH. On sait pourtant que le nombre de découvertes de séropositivité continue à augmenter chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, nés à l'étranger. Aux considérations de santé publique s'ajoute le risque d'une potentielle atteinte à certains fondements éthiques de la médecine. Le ministre de la Santé Aurélien Rousseau, qui a remis

sa démission au lendemain de l'adoption du texte de loi, en décembre dernier, avait rappelé à plusieurs reprises son opposition à une remise en cause de l'AME. Son exemple montre que les responsables politiques s'honorent à rappeler leur attachement au fondement humaniste de la médecine.

Bousmah, M.-A.-Q., Desgrées du Loû, A. et Gosselin, A. (2023). "Faut-il supprimer l'Aide médicale de l'État ? ce que nous dit la recherche scientifique." The Conversation France.
<https://hal.science/hal-05074801>

La suppression de l'Aide médicale d'État pour les « sans-papiers » est de nouveau à l'agenda du gouvernement. Le débat politique fait rage sans prendre en compte l'expertise des spécialistes et les travaux de recherche. Les données montrent, notamment, que la moitié des personnes éligibles ne bénéficie pas de l'AME.

Bousmah, M. a. q., Desgrées du lou, A. et Gosselin, A. (2023). "Loi immigration : quel sort pour l'Aide médicale de l'État ? Ce que nous dit la recherche scientifique." The conversation: html.
<https://theconversation.com/loi-immigration-quel-sort-pour-laide-medicale-de-letat-ce-que-nous-dit-la-recherche-scientifique-219943>

Cet article fait le point les débats qui entourent l'Aide médicale d'Etat en s'appuyant sur les connaissances issues de la recherche scientifique.

Dobovetzky, J., Federmann, G. et Cogitore, J. (2023). "Pour/contre l'aide médicale d'État." Pratiques **103**(4): 79-82.
<https://stm.cairn.info/revue-pratiques-2023-4-page-79>

Heard, M. (2023). "Suppression de l'AME : il est pourtant rentable d'être humaniste." The conversation.
<https://www.lagrandeconversation.com/societe/ame/>

La droite juge que l'Aide médicale d'Etat ouvre aux étrangers en situation irrégulière un accès aux soins trop généreux et trop coûteux. Le Sénat vient de voter sa suppression dans le projet de loi Immigration, pour la remplacer par un accès restreint aux seuls secours d'urgence. C'est déjà le cas chez plusieurs de nos voisins européens : que peut-on en apprendre ? Certaines comparaisons européennes à l'emporte-pièce, notamment de la part de la Fondapol, prétendent que ces restrictions seraient efficaces ; mais c'est l'inverse que l'on observe dans la littérature scientifique : le choix d'ouvrir la protection aux stades les plus précoces de la maladie et de la façon la moins restrictive est le plus raisonnable pour les finances publiques.

Janczewski, A., Jégo, M. et Khouani, J. (2023). "Droit universel à la santé pour les populations migrantes vulnérables : un objectif d'efficacité et une valeur à défendre pour les soins primaires." Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques **19**(10): pp.453-456.

L'Organisation mondiale de la santé positionne l'accès universel et l'équité des soins comme des critères d'évaluation de la performance des systèmes de santé. Les Nations Unies sont en faveur d'une Couverture sanitaire universelle, objectif 2030. En France, il a été proposé de redéfinir l'Aide Médicale d'État (AME), en argumentant une économie budgétaire. Les personnes en situation irrégulière auraient accès aux soins uniquement pour les situations

médicales urgentes. L'état de santé de tous les primo-arrivants est préoccupant, avec une grande fréquence des problèmes de santé physiques et psychiques. Parmi eux, ceux en situation irrégulière et les demandeurs d'asile sont particulièrement vulnérables. Seule une faible proportion des personnes pouvant bénéficier de l'AME auraient ouvert leurs droits. Ce papier de position explore les interactions entre le droit universel à la santé et la vulnérabilité des populations migrantes. Il propose aux soins de santé primaires de prendre soin de ces populations vulnérables, en appliquant les principes de l'universalisme proportionné, d'aller-vers et de faire-avec. Il avertit qu'une réduction du panier de soins de l'AME aurait pour effet d'augmenter le renoncement aux soins et de dégrader l'état de santé des populations concernées.

Le Joubioux, C. (2023). "De la nécessaire politisation du soin." *Pratiques* 103(4): 72-73.

<https://stm.cairn.info/revue-pratiques-2023-4-page-72>

Le Rolland, L., Mendras, P. et Roy, D. (2023). "Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres." *Dossiers de la drees (les)*(109)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD109.pdf>

Le Défenseur des droits et le ministère de la santé et de la prévention, représenté par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) rendent publics les résultats d'une étude réalisée par l'Institut des politiques publiques sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME), dans trois spécialités médicales : médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie. Cette étude s'appuie sur un testing téléphonique réalisé entre mars et septembre 2022 auprès de plus de 3 000 praticiens. Elle fait suite à un premier testing réalisé en 2019 sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) à l'initiative du Fonds CMU et du Défenseur des droits, et s'inscrit dans le cadre des missions de suivi, d'analyse et d'évaluation de la complémentaire santé solidaire (mise en place en 2019) confiées à la DREES et à la DSS.

Mehaya, A. (2023). "L'aide médicale d'État, un droit républicain." *The conversation*.

<https://theconversation.com/laide-medicale-detat-un-droit-republicain-sur-la-sellette-216211>

Promesse de campagne d'Emmanuel Macron, le projet de loi immigration, qui sera examinée au Parlement à partir de décembre, ne devait initialement pas revenir sur les modalités de l'accès aux soins des personnes étrangères. Mais c'était un souhait de longue date de la frange droite de l'hémicycle de modifier ce point. Les sénateurs Républicains ont donc introduit un amendement venant transformer l'Aide médicale d'État (AME) en une Aide médicale d'urgence (AMU) et qui a été adopté.

Thibeaud, M., Calarco, R., Sidibé, S., et al. (2023). "Accès à l'aide médicale d'État en Île-de-France : une enquête accablante." *Plein droit* n° 139(4): 47-50.

<https://droit.cairn.info/revue-plein-droit-2023-4-page-47>

Face aux difficultés croissantes d'accès des personnes sans papiers à l'aide médicale d'État, plusieurs associations ont enquêté en début d'année 2023 pour documenter ces

dysfonctionnements. Elles constatent une importante détérioration de l'accès à cette couverture santé, du fait des obstacles rencontrés tout au long des parcours administratifs. Si quelques avancées ont pu être obtenues à l'issue de l'enquête, des caisses primaires d'assurance maladie maintiennent des pratiques restrictives qui ont pour effet, parmi les personnes étrangères, de retarder les soins, sinon pire, d'y renoncer.

Vignes, J. (2023). "La politique nuit à la santé publique." *Pratiques* **103**(4): 54-55.

<https://stm.cairn.info/revue-pratiques-2023-4-page-54>

Vilard, L. (2022). "L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière." *Gestions Hospitalières* (620): pp.597-600.

L'accès effectif à la protection maladie s'impose au nom du droit de tous à la protection de la santé proclamé par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946. Les établissements publics de santé sont les premiers acteurs de cette protection, notamment s'agissant du traitement des situations d'urgence au titre de leur mission de service public hospitalier. Selon l'article R.1112-13 du Code de la santé publique, « si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement ». Le manquement à cette obligation ayant causé un préjudice est constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement public hospitalier. (R.A.)

Aron, J., Geeraert, J. et Izambert, C. (2021). "L'accueil des patients étrangers à l'hôpital sous le feu croisé des réformes comptables et des politiques d'immigration." *Revue Française des Affaires sociales* (4): 77-96.

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-77>

Cet article explore les effets croisés et paradoxaux des réformes comptables et des politiques d'immigration sur les pratiques des professionnels hospitaliers dans l'accueil des patients étrangers. À l'aide de données empiriques issues de trois études en sciences sociales (notamment au sein de permanences d'accès aux soins de santé [PASS] et de services de néphrologie), il montre que le contexte hospitalier depuis le début des années 1990 a permis d'affirmer une mission d'accueil envers les étrangers dépourvus de couverture maladie. Cette mission n'a été possible que parce qu'elle s'est accommodée des objectifs de réduction des dépenses hospitalières qui se sont imposés avec force dans l'institution lors de la même période. Si cette évolution a profité aux étrangers les plus proches des critères d'éligibilité de l'Assurance maladie (eux-mêmes fixés par des politiques d'immigration restrictives) qui ont vu leur légitimité à accéder aux soins auprès des soignants s'accroître, elle a eu tendance à favoriser des pratiques discriminatoires et de refus de soins envers les étrangers dont le statut de séjour est le plus précaire.

Carre, B., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2021). "Le recours aux soins des populations pauvres en France. Que savons-nous de l'efficacité des programmes d'accès gratuits à une couverture santé ? (Tribunes)." *Actualité et Dossier en Santé Publique*(113): 49-50.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1174>

Les dispositifs de Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide médicale de l'Etat (AME) permettent aux populations pauvres d'accéder aux soins. Encore faut-il que les personnes éligibles puissent en bénéficier.

Gabarro, C. (2021). "Entre tri gestionnaire et tri professionnel. Réorientation et éviction des pauvres à l'Assurance maladie." *Sociétés contemporaines* N° 123(3): 79-109.
<https://shs.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2021-3-page-79>

Cet article montre comment la rationalisation du travail, en faisant des flux d'usagers et de dossiers des variables à contrôler, modifie la nature et le sens du travail des agents de l'Assurance maladie. Il s'intéresse à la manière dont la rationalisation du travail influence la façon dont chaque groupe professionnel se représente les usagers (levier de productivité pour les gestionnaires, menace à la productivité pour les cadres, et ressource pour donner du sens à leur travail pour les street-level bureaucrats) et trient parmi eux les « bons » des « mauvais » usagers. Tandis que les plus pauvres ne font pas le jeu des gestionnaires ni des cadres, ils peuvent être perçus, sous certaines conditions, comme des usagers idéaux par les agents d'accueil. Ce sont ainsi plusieurs stratégies professionnelles et niveaux de tri que met en avant cet article, en analysant comment ils se succèdent et s'articulent, et en montrant que ces opérations engendrent, in fine, la réorientation voire l'éviction des usagers les plus pauvres, qui dépendent de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide médicale d'État (AME).

Hamel, E., Veisse, A. et Kotobi, L. (2021). "Migrants en situation de vulnérabilité et santé: dossier." *Santé en Action (La)*(455): 60p.

La santé des exilés, qu'ils soient immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière, est généralement meilleure, à leur arrivée, que celle des nationaux des pays dits d'accueil, mais elle se dégrade rapidement dans ces derniers, résultante non seulement des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie. Tel est le constat dressé en ouverture de ce dossier central par Didier Fassin, médecin, sociologue et anthropologue, titulaire de la chaire Santé publique au Collège de France.

Pédrot, P., Rousset, G., Séréno, S., et al. (2021). "L'accès aux soins des personnes les plus démunies. Dossier." *Revue générale de droit médical - RGDM*(80): pp.17-130.

Face à l'émergence de nouvelles formes de pauvreté et de précarité, les pouvoirs publics, les organismes de protection sociale et d'aide sociale avec le concours des acteurs associatifs ont cherché à mettre en place un certain nombre de droits et de dispositifs pour faciliter l'accès aux soins. L'État a ensuite élargi son action à l'accompagnement et au suivi des personnes les plus démunies dans le parcours de soins en associant des professionnels de santé. Longtemps morcelée et fluctuante, cette prise en charge des populations défavorisées nécessite de repenser l'approche de la précarité et de la pauvreté en ayant une vision plus globale et interdisciplinaire pour mieux comprendre les problématiques spécifiques et les besoins en matière de santé de certains groupes de population. (R.A.)

Sauvegrain, P. (2021). "Que fait l'État aux pratiques soignantes ? A propos du déremboursement des techniques d'AMP pour les femmes/couples titulaires de l'Aide médicale d'État. Commentaire." *Sciences Sociales et Santé* 39(2): 103-111.
<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-2-page-103>

Schuller, C. (2021). "L'AMP pour tous ? Autour d'une discrimination méconnue : l'exclusion des personnes « sans-papiers » de l'accès à la médecine de la reproduction." Sciences Sociales et Santé **39**(2): 79-101.

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-2-page-79>

La loi de finances 2011 a exclu les frais liés à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) du panier de soins de l'Aide Médicale d'État (AME). L'AME est un dispositif de protection maladie dédié uniquement aux personnes en situation irrégulière. Cette exclusion est emblématique d'une série de glissements des principes de solidarité nationale qui régissent politiques migratoires et politiques de santé publique. Elle illustre les évolutions tant de l'accueil réservé aux étrangers que des conceptions de l'infertilité. Cette recherche, qui s'appuie sur deux enquêtes de terrain mêlant observations et entretiens avec des experts et des professionnels, montre de quelle manière cette discrimination législative est entérinée par les professionnels de santé et explore la question cruciale des inégalités d'accès en matière de santé reproductive.

Sereno, S. (2021). "Les discriminations dans l'accès aux soins subies par les personnes vulnérables." Revue générale de droit médical.

<https://hal.science/hal-03400825>

Les personnes vulnérables sont susceptibles de subir, en raison de leur situation, un nombre important de refus de soins. Ainsi, les bénéficiaires de l'aide médicale d'état ou de la complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) sont confrontés à de nombreux obstacles tout au long de leur parcours de santé. Ces refus de soin discriminatoires constituent une réalité prégnante. Pourtant, des moyens d'action existent. Mais ces derniers sont peu mobilisés voire inadaptés eu égard à l'ampleur des discriminations et des difficultés tenant à leur révélation. Dans ce contexte, les refus de soins discriminatoires ont pour conséquence d'amplifier le phénomène de non-recours aux dispositifs sociaux et, par conséquent, d'exclusion d'accès aux soins.

Dubois, V. et Lieutaud, M. (2020). "La « fraude sociale » en questions. La naturalisation d'une thématique politique au prisme des questions à l'assemblée nationale (1986-2017)." Revue française de science politique. **70**(3): 341-371.

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2020-3-page-341>

Cet article vise à rendre compte d'une évolution rigoriste dans les débats politiques sur les questions sociales et d'emploi, consistant plus précisément à promouvoir un contrôle plus strict des bénéficiaires d'aides sociales. Il repose sur l'analyse des questions parlementaires à l'Assemblée nationale, de 1986 à 2017 (n = 1 108). Rares, voire inexistantes, au début de la période, les questions sur les abus dont se rendraient coupables les bénéficiaires de prestations sociales et les modalités de leur contrôle ont augmenté jusqu'à devenir une thématique à part entière du débat politique. L'évolution de leur formulation révèle un durcissement progressif des prises de position, plus particulièrement à l'égard des fractions les plus démunies de l'espace social, et un affaiblissement concomitant des discours critiques à l'égard de telles tendances. On s'interroge en conclusion sur la manière dont la naturalisation de cette thématique dans les débats politiques a pu accompagner le renforcement des dispositifs de contrôle des « assistés ».

Gonalon, R. et Loron, A. (2020). "Attirer et fidéliser médicaux et paramédicaux. S'inspirer des start-up ?" Gestions Hospitalières (595): 217-221.

La plupart des établissements sanitaires et médico-sociaux sont confrontés à des difficultés de recrutement des personnels de santé, du radiologue à l'anesthésiste en passant par l'infirmier de bloc opératoire ou le masseur-kinésithérapeute. Les start-up rencontrent elles aussi des difficultés dans l'attraction et la rétention de talents rares, du développeur au commercial, issus des meilleurs parcours académiques ou ayant démontré des compétences techniques, en particulier dans le développement de logiciels. Certes, ce sont des organisations sensiblement différentes des établissements de santé, pour autant, l'efficacité de certaines de leurs pratiques RH ainsi que les problématiques qu'elles rencontrent, similaires à celles des établissements de santé dans le recrutement de compétences rares, rend cette analyse opportune. Par ailleurs, nombre de start-up ont atteint une taille comparable à celle de certains établissements sanitaires ou médico-sociaux. Or, elles ont conservé les pratiques RH de leurs origines, les ont améliorées et continuent à jouir d'un faible turn-over. Les auteurs sont convaincus qu'une partie de ces pratiques RH est transposable aux établissements de santé, dans le respect des spécificités du secteur

Halley des Fontaines, V., Kerouedan, D., Le Luong, T., et al. (2020). "Santé des migrants. Dossier." ADSP Actualité et dossier en santé publique(111): pp.14-62.

En recensant les meilleures pratiques et les éventuelles lacunes des services de santé publique, le projet Phame sollicite la coordination des interventions et l'établissement de plans d'urgence adaptés. Certes, les services de santé ne peuvent, à eux seuls, assurer une prise en charge globale de la santé des personnes migrantes et agir sur l'ensemble des déterminants sociaux tels que le logement, l'éducation, l'emploi et la protection sociale. L'OMS Europe insiste donc sur la nécessité de mettre en place des actions intersectorielles en réponse aux enjeux spécifiques à la santé de ces personnes, d'autant que l'ensemble des déterminants sociaux ont un impact sur l'état de santé des personnes. Le thème retenu pour ce dossier est vaste, universel, sans cesse remanié. Volontairement, l'accent a été mis sur les groupes les plus vulnérables, femmes et enfants, et sur la prise en compte de la santé mentale, en particulier des stress post-traumatiques, afin d'éviter la chronicisation des troubles psychiques.

Izambert, C. (2020). "Menace sur l'aide médicale d'État." Plein droit **124**(1): 43-46.
<https://droit.cairn.info/revue-plein-droit-2020-1-page-4>

À l'automne 2019, à l'approche du vote du budget, l'aide médicale d'État, dispositif de couverture maladie des personnes en situation irrégulière, a été au centre de tous les débats. Alors qu'Emmanuel Macron s'était engagé à préserver le dispositif pendant la campagne présidentielle, son gouvernement n'a pas résisté à la tentation de réformer l'accès aux soins des étrangers, malgré les vives protestations des associations et du monde médical¹. Il a en outre mis en place un délai de carence pour l'accès à l'assurance maladie des demandeurs et demandeuses d'asile. Autant de mesures qui invitent à revenir sur l'histoire d'un dispositif – l'AME – écartelé entre politique migratoire, combat pour les droits, et santé publique.

Laforgerie, F. (2020). "Santé des étrangers-ères : la dégradation en marche. Épisode 2 : on rentre dans le dur !" Cahier gingembre : remaides n° 111(42):
https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/gingembre_42.pdf
https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/gingembre_41.pdf.

De loi sur l'immigration en loi sur l'immigration (on en compte plus de 100 en 75 ans, en France, les conditions d'accès à la santé des personnes étrangères, dont celles malades, n'ont cessé de se dégrader. Le phénomène est net, ces dernières années. Il s'est même emballé, ces récents mois. Sur cette période, les projets gouvernementaux, les protestations des ONG, la radicalisation du discours politique et les conséquences concrètes pour les personnes concernées, autant de sujets sur lesquels, Gingembre revient dans un feuilleton en deux parties : « Le temps des menaces » et « On rentre dans le dur ». Cette publication constitue la deuxième partie de l'étude. La première partie est accessible à cette adresse :

Léon, M. (2020). "Aide médicale d'état. L'accès aux soins devient politique." Lien social(1269): pp.12-13.

Pour lutter contre une supposée migration pour soins, les restrictions d'accès à la protection médicale risque d'impacter 800 000 étrangers. Sous prétexte d'économies l'application de cette nouvelle loi peut coûter cher en médecine d'urgence (R.A.)

(2019). "Accès aux soins des migrants Réforme de l'AME : le tour de vis." ASH - actualités sociales hebdomadaires(3134): pp. 6-9.

Dans le cadre du projet de loi de finances pour 2020, l'Assemblée nationale a adopté une série d'amendements gouvernementaux visant à restreindre l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et des demandeurs d'asile. Au Sénat, la volonté de transformer l'aide médicale d'Etat (AME) en « aide médicale d'urgence » refait surface. (R.A.)

Cavalin, C. (2019). "Populations migrantes : violences subies et accès aux soins." Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)(n°17-18): pp.309-360.

Ce numéro spécial présente de riches travaux, qui ouvrent d'importantes voies d'action. Trois articles documentent la complexité de l'analyse épidémiologique et l'importance d'une précision de l'approche clinique.

Geisser, V. (2019). "Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le « tourisme médical »." Migrations Société N° 178(4): 3-11.
<https://shs.cairn.info/revue-migrations-societe-2019-4-page-3?lang=fr>

Jego-Sablier, M., Touati, S., Vergan, S., et al. (2019/06). "Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat." Exercer(154): 244-249.

Contexte. Les migrants en situation irrégulière ont un état de santé dégradé par rapport à la population générale. Malgré le dispositif d'aide médicale de l'État (AME) permettant le remboursement de leurs soins de santé, ils font face à de multiples barrières à l'accès aux soins. Objectif. Explorer les représentations et expériences des soins premiers des migrants bénéficiaires de l'AME. Méthode. Une étude qualitative a été menée auprès de migrants bénéficiaires de l'AME, recrutés par échantillonnage raisonné via leurs médecins généralistes et lors de consultations de Protection maternelle et infantile, entre décembre 2016 et avril 2017. Des entretiens semi-dirigés ont exploré les représentations des soins et attentes des bénéficiaires de l'AME vis-à-vis de leur médecin généraliste (MG). Ils ont fait l'objet

d'une analyse de contenu inductive. Résultats. Au total, 14 patients ont été interviewés. L'irrégularité de séjour, associée à la vulnérabilité sociale et sanitaire de ces patients, façonnaient leurs représentations sur les soins de santé. Le recours aux soins premiers dépendait de la qualité du tissu social spécifique (associations, liens communautaires, travailleurs sociaux) sur lequel s'appuyaient ces patients. Les patients attendaient du MG des compétences principalement relationnelles et une prise en charge adaptée à leur contexte social. Bien que théoriquement non concernés par le parcours médecin traitant, ils identifiaient souvent ou souhaitaient pouvoir identifier leur MG comme « médecin traitant ». Conclusion. Le tissu social spécifique des migrants bénéficiaires de l'AME est déterminant dans leur recours aux soins premiers. L'approche centrée sur le patient, intégrant la prise en compte de leur condition sociale, et favorisant une relation médecin-patient de qualité, est un positionnement particulièrement nécessaire pour améliorer l'expérience des soins de ces patients.

Ricard, M. (2019). "Accès aux soins : Le défenseur des droits inquiet du sort des étrangers." ASH - Actualités Sociales Hebdomadaires(3112): pp. 15-15.

Dans un rapport publié le 13 mai, Jacques Toubon, défenseur des droits, dénonce une situation de plus en plus compliquée pour les personnes malades étrangères sur le sol français. Il appelle à lever les obstacles en matière d'accès aux soins, et notamment à fusionner l'aide médicale d'Etat et l'assurance maladie. (R.A.)

(2018). "Droit au séjour pour raisons médicales : analyse de la Case de santé à Toulouse." Prescrire : La Revue **38**(415): 380-382.

Centre de santé à Toulouse, la Case de santé a mis en place un protocole pluridisciplinaire visant à accompagner des personnes malades étrangères en situation irrégulière, pour connaître et faire valider leur droit au séjour pour raisons médicales. D'après son rapport d'observation, 53 personnes ont sollicité la Case de santé en 2015, afin de demander un titre de séjour pour raisons médicales. Cet article revient sur l'imbricatio dans l'attribution des titres de séjour au niveau de la Préfecture.

Gabarro, C. (2018). "L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion." Migrations Société N° **171**(1): 93-104.
<https://shs.cairn.info/revue-migrations-societe-2018-1-page-93>

Izambert, C. (2018). "La régularité du séjour des étrangers en France : frontière du projet d'universalisation de la protection sociale ?" Revue Française des Affaires Sociales(4): (4): 17-37.
<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-17>

Cet article explore la façon dont, en France, la réalisation du projet d'universalisation, entendu ici comme l'accès à la protection sociale sur le seul critère de résidence sur le territoire, est limitée par les restrictions introduites depuis le XIXe siècle pour les étrangers vivant sur le territoire. Cependant, ces restrictions, d'abord fondées sur la nationalité renvoient désormais à la régularité du séjour des personnes étrangères, condition généralisée par la loi de 1993, soumettant partiellement les objectifs des politiques de protection sociale à celles de contrôle des flux migratoires. Dans le cadre de la loi sur la couverture maladie universelle, la création en 1999 de l'aide médicale d'Etat, dispositif de couverture des besoins de soins exclusivement réservé aux personnes étrangères qui ne

peuvent justifier d'un titre de séjour, est significative de l'exception que peut constituer la santé à cette logique d'exclusion mais aussi de l'impossible accès au droit commun pour les personnes étrangères résidentes en situation irrégulière.

Marin, I. (2018). "Le soin aux étrangers : bonnes pratiques, mauvaise médecine." Ethique & santé **15**(2): 85-91.

Les refus de soin aux étrangers en situation irrégulière posent des questions médicales, économiques mais avant tout déontologiques et politiques. À partir de quelques cas, nous montrons combien le soin aux étrangers est nécessaire, possible y compris financièrement mais exige de réfléchir nos pratiques médicales loin des protocoles. L'information, la communication et l'accord sur des objectifs communs est essentiel pour eux comme pour tous les malades.

Raymond, G. et Paris, M. (2018). "L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé : enquêter pour comprendre, sensibiliser, améliorer." ADSP Actualité et dossier en santé publique(102): pp.45-47.

Pour les représentants des usagers, la priorité est de définir, de façon concertée, un cadre clair afin de réguler les tarifs : "prix limites de vente" des prothèses et des dispositifs médicaux, plafond pour des actes médicaux et dentaires, et forfaitisation systématique des tickets modérateurs à l'hôpital.

Revil, H. (2018). "Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ?" ADSP Actualité et dossier en santé publique (102): 36-44.

[BDSP. Notice produite par EHESP kR0xnHGk. Diffusion soumise à autorisation]. Les restes à charge peuvent induire des difficultés d'accès aux soins, voire des renoncements pour contraintes financières. Outre sanitaires, les conséquences peuvent être professionnelles et sociales.

Brice, P., Marin, P., Kombila, H., et al. (2017). "La politique migratoire et l'accueil des réfugiés. Dossier." Cahiers de la fonction publique(378): pp.10-35.

Ce dossier traite de la politique migratoire et de l'accueil des réfugiés. Il présente les évolutions et perspectives de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. Puis il dresse un panorama de l'aide médicale d'État. Enfin, une large place est faite à la dimension européenne de la question.

Chappuis, M., Le Bihan, Y. et Tomasino, A. (2017). "Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde." Après-demain **42**, **NF**(2): 3-5.

<https://shs.cairn.info/revue-apres-demain-2017-2-page-3>

Marin, P. (2017). "L'aide médicale de l'État, un dispositif à parfaire." Cahiers de la fonction publique(378): pp.14-19.

L'aide médicale d'État (AME) est reconnue par l'article L111-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce dispositif constitue l'un des instruments permettant la couverture sociale des

étrangers. L'auteur revient dans cet article sur l'évolution du cadre juridique de ce régime de protection spécifique, ses bénéficiaires et ses modalités de prises en charge.(introd.)

Saidi, A. (2017). "L'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente." Droit déontologie & soin **17**(2): 161-167.

[BDSP. Notice produite par APHPDOC FDR0xI79. Diffusion soumise à autorisation].
L'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, deux activités étroitement liées, dépendent de deux administrations différentes, le ministère de la santé et celui de l'intérieur. Une coordination a été renforcée par un arrêté du 5 juin 2015 et une circulaire du même jour. Un arrêt du Conseil d'État du 8 février 2017, no 392990, valide le dispositif. (R.A.).

Vignier, N., Dray-Spira, R., Lert, F., et al. (2017). "Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique." Santé Publique **30**(3): 361-370.

[BDSP. Notice produite par EHESP mo8R0x8A. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : L'objectif de cette étude est d'analyser l'accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) vivant avec une hépatite B chronique (HBC) en France. Méthodes : L'enquête ANRS-Parcours est une étude biographique réalisée en 2012-2013 auprès de personnes originaires d'ASS recrutées dans des services de prise en charge de l'HBC en Ile-de-France. Les données ont été recueillies en face-à-face à l'aide d'une grille biographique et d'un questionnaire standardisé. Résultats : Parmi les 619 participants, 96,4% ont une couverture maladie de base dont 18,6% la Couverture maladie universelle (CMU) et 23,4% l'Aide médicale d'état (AME). Un tiers des bénéficiaires de l'Assurance maladie n'ont pas de complémentaire santé et 75,7% sont couverts au titre d'une Affection longue durée. L'obtention d'une couverture maladie après l'arrivée en France a lieu en médiane la première année. Parmi les participants, 22,0% rapportent avoir renoncé aux soins pour raisons financières depuis l'arrivée en France et 9,7% avoir vécu un refus de soins le plus souvent par refus de la CMU ou l'AME. Une fois diagnostiqué, l'entrée en soins a lieu en médiane l'année-même du diagnostic. Le retard à l'entrée en soins est plus fréquent chez les personnes sans couverture maladie l'année du diagnostic. Les ruptures de suivi de plus de 12 mois sont rares. Conclusion : Les personnes originaires d'ASS vivant avec une HBC accèdent rapidement à une couverture maladie et aux soins. Cependant, des obstacles à l'accès aux soins persistent pour certaines du fait notamment de l'absence ou de l'incomplétude d'une couverture maladie et des refus de soins aux bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

Chambon, N. et Le Goff, G. (2016). "Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie publique." Revue Française des Affaires Sociales(6).

<https://shs.hal.science/halshs-01475437>

Cet article présente les problématiques d'accès au soin en santé mentale des migrants en situation de précarité. La psychiatrie est interpellée sur les questions où sont entremêlées des problématiques médicales, juridiques, administratives et politiques. La question de la légitimité de ces demandes est régulièrement interrogée, d'autant plus dans un contexte où les politiques dénoncent régulièrement le coût de l'aide médicale d'État. Les individus sont donc considérés comme des étrangers avant d'être des sujets malades ou en souffrance. Après avoir exposé trois typologies – l'immigré, l'exilé, et le migrant précaire – à travers une lecture sociohistorique et leur appréhension en psychiatrie, les auteurs interrogent les demandes de soin en santé mentale des migrants aujourd'hui. La diversité des demandes

met en difficultés les professionnels et les institutions de droit commun. Pour les auteurs, il y a alors un enjeu de santé publique à penser le recalibrage de l'action publique afin de répondre aux problématiques de santé mentale des migrants en situation de précarité.

Henry, P. et Delmotte, H. (2016). "Supprimer l'aide médicale de l'État serait une grave erreur." Les Tribunes de la santé n° 53(4): 119-123.
<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2016-4-page-119>

Bonnet, X. (2015). "L'aide médicale d'Etat : dossier pratique." Gestions Hospitalières(543).

L'aide médicale d'Etat permet l'accès aux soins de personnes qui se trouvent en situation irrégulière sur le territoire français et, de ce fait, sont exclues du champ de la couverture de la sécurité sociale. Le programme Protection maladie de la loi de finances prévoit en 2015 une évolution AME dotée de 677,5 millions d'euros de crédits, soit une augmentation de 12 % par rapport à 2014 pour 270 000 bénéficiaires. Il convient cependant de relativiser ces augmentations de l'AME.

Chesnel, G., Bonnet, X., Khelifa, A., et al. (2015). "L'accueil de l'Autre - Dossier." Gestions Hospitalières(543): 102-127

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xqGnJt. Diffusion soumise à autorisation]. L'étymologie du mot "hôpital", hospes, nous rappelle que l'hôpital est traditionnellement un lieu d'accueil, des étrangers notamment, qui doivent pouvoir bénéficier de dispositifs favorisant leur prise en charge et remédiant à leur situation économique parfois fragilisée, même dans le contexte actuel de fortes contraintes budgétaires. Ce dossier illustre la complexité de la prise en charge de patients précaires et/ou de patients d'origine étrangère, notamment pour l'équilibre budgétaire de l'établissement de santé, mais également celle de l'accueil de médecins diplômés hors Union européenne. Il analyse également le phénomène de tourisme médical qui est passé de soins de confort à la prise en charge de pathologies lourdes ainsi que le développement de la coopération sanitaire transfrontalière en Europe en s'appuyant, pour ces deux points, sur des exemples : celui du centre hospitalier de Calais qui reçoit une patientèle étrangère anglaise et celui du premier hôpital transfrontalier d'Europe, l'hôpital de Cerdagne, qui a ouvert ses portes au public français et espagnol en septembre 2014.

Dray Spira, R., Gigonzac, V., Vignier, N., et al. (2015). "Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(19-20): 339-347.

[BDSP. Notice produite par InVS ClkHAR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En France, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchés par l'hépatite B chronique. Cependant, les caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique et leurs spécificités sur le plan sociodémographique, épidémiologique et clinique ne sont pas bien connues. Cet article décrit les caractéristiques des personnes originaires de cette région suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours, menée en 2012-2013 auprès d'un échantillon aléatoire de 778 consultants dans 20 structures de soins. Les résultats indiquent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique constituent une population relativement jeune (âge médian : 39 ans), installée en France de façon durable (depuis 10 ans en médiane). Les situations de

précarité sociale et/ou administrative sont fréquentes (12,1% de personnes sans logement stable, 32,1% sans emploi, 25,8% sans couverture santé ou couvertes par l'aide médicale d'État), tout particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Le maintien du secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage est fréquent, en particulier chez les hommes (23,9%). Le diagnostic d'hépatite B chronique n'a été établi qu'après l'arrivée en France dans l'immense majorité des cas, après un délai de 3 ans en médiane et dans des circonstances variées. Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes, parmi lesquels le diagnostic survient dans un délai plus long après l'arrivée en France et plus souvent lors d'une phase active de la maladie. Les caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge n'apparaissent pas différentes selon que les personnes sont suivies dans des services experts en hépatologie ou dans d'autres structures de soins. Ces résultats fournissent des informations utiles pour contribuer à améliorer le dépistage, la prévention de la transmission et la prise en charge de l'hépatite B parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Langlet, M. (2015). "L'aide médicale d'État. Un dispositif discriminé." Lien social(1164): pp.16-17.

En choisissant de ne pas inclure les personnes sans papiers lors de la création de la couverture maladie universelle, les pouvoirs publics ont fait perdurer un vieux dispositif d'assistance : l'aide médicale d'État. Une AME sans cesse menacée. (introd.)

Saidi, A. (2015). "Droit des urgences et responsabilités." Droit déontologie & soin **15**(4): 459-466.

[BDSP. Notice produite par APHPDOC 98o9R0x7. Diffusion soumise à autorisation]. Actualités récentes en matière de droits des urgences et de responsabilités errantes : organisation générale, modalités de la prise en charge urgente, admission en urgence d'un patient éthylique, option thérapeutique urgente, qualité de la surveillance. (R.A.).

(2014). "Face aux populations vulnérables : répondre aux besoins des personnes précaires et des migrants." Décision santé(suppl.): pp. 14-15.

Les difficultés rencontrées par les migrants sont emblématiques des inégalités sociales en matière d'hépatite C.

Delevoye, J.-P., Lafore, R., Duverneuil, G., et al. (2014). "Actualités de l'accès aux droits. Dossier." REGARDS Protection sociale(46): 254p.

Le droit est-il mal conçu ? Mal expliqué ? Trop complexe ? Le lien entre le service public et certains de nos concitoyens s'est-il distendu à ce point de défiance ou d'isolement que même des mesures positives, susceptibles d'aider, ne suscitent pas l'intérêt ? Quelles sont les véritables raisons de cette montée en puissance de questionnement sur l'accès aux droits ? Quelles sont les solutions ébauchées ou en cours de réalisation ?

Guthmann, J. p., Fonteneau, L., Soler, M., et al. (2014). "Existe-t-il en France des inégalités sociales d'accès des enfants à la vaccination ? Exemples de la vaccination contre les infections à pneumocoque et par le BCG." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (20): 346-351.

[BDSP. Notice produite par InVS 9o9opR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction-objectifs : en France, les inégalités sociales en matière de vaccination de l'enfant n'ont été que rarement étudiées. Nous avons mené une enquête ayant pour objectifs de rechercher s'il existait certains déterminants socioéconomiques de la vaccination infantile par les vaccins BCG et pneumococques conjugués. Méthode : il s'agit d'une enquête transversale chez les enfants âgés de 0 à 5 ans demeurant à Paris et dans l'agglomération parisienne, sélectionnés par sondage aléatoire à trois degrés stratifié. Les informations ont été recueillies par questionnaire en face-à-face. Les couvertures vaccinales (CV) pour le BCG et le pneumocoque conjugué heptavalent (PCV7) confirmées par un document ont été estimées. Des régressions de Poisson ont permis d'analyser l'association entre couvertures vaccinales et certains facteurs socioéconomiques et démographiques. Résultats : la CV pour le BCG était de 82,7%. Les CV pour le PCV7 étaient de 93,7% (n=203) pour une dose, et de 76,7% pour la primovaccination complète (n=179). Chez les enfants des familles aux revenus les plus faibles, les CV pour le BCG étaient élevées et proches de 100%, quelle que soit l'origine des parents. Chez les enfants de familles aux revenus plus élevés, la CV pour le BCG était supérieure, chez les enfants nés de familles originaires d'un pays de forte endémie tuberculeuse (98,2%), à celle des autres enfants (76,2%) (p=0,004). La CV pour le PCV7 "une dose" des enfants des familles ayant les revenus les plus faibles était inférieure à celle des familles aux revenus plus élevés (83,2% vs. 97,3%, p=0,033). Un résultat similaire (bien que non significatif) était observé pour la primovaccination complète (65,5% vs. 87,6%, p=0,09). La CV complète était moins élevée chez les enfants ayant une couverture maladie de base (70,2%) que chez les enfants ayant une assurance complémentaire par la CMUC/l'AME (81,4%) ou privée/mutualiste (76,1%), mais ces différences n'étaient pas significatives. Conclusions : les enfants de niveau socioéconomique faible ainsi que ceux originaires d'un pays de forte endémie tuberculeuse, quel que soit le niveau socioéconomique de la famille, sont correctement vaccinés par le BCG. L'association d'une CV basse pour le PCV7 avec un faible niveau de revenus suggère l'existence d'obstacles financiers dans les familles les plus modestes, mais l'absence d'association significative avec le type de couverture maladie pourrait aussi indiquer l'existence de freins autres que purement financiers, davantage liés à l'adhésion ou à l'accès à la vaccination des populations défavorisées. (R.A.).

Borgetto, M. (2013). "La santé dans ses autres états. Santé et action sociale : d'hier à aujourd'hui." Sève les tribunes de la santé(38): 29-40.

[BDSP. Notice produite par IRDES 8R0xslFI. Diffusion soumise à autorisation]. Si, de la Révolution française jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'évolution dont a fait l'objet le couple santé/action sociale a plutôt porté sur les fondements de l'intervention des pouvoirs publics (ces derniers ayant surtout mis en avant, dans un premier temps, la nécessaire protection due à l'individu avant de faire valoir, pour justifier celle-ci, l'intérêt bien compris de la société), elle a plutôt porté, depuis la Libération, sur les modalités de mise en oeuvre de cette même intervention (la protection de la santé étant aujourd'hui largement assurée grâce à la coexistence des deux principes d'universalité et de sélectivité).

Drouot, N., Tomasino, A., Pauti, M. d., et al. (2012). "L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (2-3-4): 41-44.

[BDSP. Notice produite par InVS Fpss8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Médecins du Monde (MdM) agit en France dans 30 villes et mène 103 programmes de promotion de la santé en centres fixes ou unités mobiles, auprès de populations fragiles en difficulté d'accès à la prévention et aux soins. Pour décrire le profil des publics reçus, témoigner des obstacles à l'accès aux soins et en mesurer les évolutions, MdM a mis en place, depuis 2000, un Observatoire de l'accès aux soins. Les centres fixes utilisent à cet effet un recueil de données commun renseigné pour chaque personne rencontrée. En 2010, les centres ont accueilli 28 160 personnes, et des données ont été recueillies pour 21 710 d'entre elles. Il y avait 92% d'étrangers et 12% de mineurs. Leur profil socioéconomique est marqué par l'absence ou la précarité du logement, la grande faiblesse des ressources et une situation administrative précaire. Les trois-quarts peuvent en théorie disposer d'une couverture maladie, dont la moitié de l'Aide médicale de l'État (AME) réservée aux étrangers en situation irrégulière. Parmi les obstacles à l'accès aux soins principalement repérés : une méconnaissance des droits, la barrière linguistique, des difficultés administratives, des difficultés financières mais aussi la peur des arrestations. L'analyse des données met en évidence les besoins de suivi médical, alors qu'il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie. Les mineurs et les femmes enceintes ne sont pas épargnés. La complexité des dispositifs administratifs limitent l'accès aux soins. Aussi, dans un objectif de simplification, une fusion de l'AME et la CMU (Couverture maladie universelle) en un seul dispositif pour toutes les personnes résidant sur le territoire et vivant sous le seuil de pauvreté, a été proposée. Mais certaines politiques de sécurité et de lutte contre l'immigration clandestine, par la peur des arrestations qu'elles engendrent, éloignent les personnes des structures de santé et entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins. Ces contradictions devraient être levées dans l'intérêt individuel des personnes et collectif de santé publique. (R.A.).

Gabarro, C. (2012). "Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique." Revue européenne des migrations internationales 28(2): 35-56.

En 2000 est créée l'aide médicale d'État (AME), une couverture maladie réservée aux personnes en situation irrégulière. Dans cet article, nous nous intéressons aux conséquences de cette spécificité sur l'accès aux soins de ces personnes dans trois champs : le droit, l'organisation des caisses d'assurance maladie et les pratiques des agents de ces caisses (aussi bien les agents d'accueil qui reçoivent les demandeurs, que les agents du service AME qui instruisent les dossiers). La combinaison de ces trois angles d'approche donnera ainsi à voir du parcours effectué par les personnes en situation irrégulière et des embûches rencontrées. Nous verrons que cantonner les personnes en situation irrégulière au sein d'une prestation qui leur est propre crée un système de santé à plusieurs vitesses, favorisant la réception de ce public dans des lieux distincts ou de manières différenciées et limitant son accès aux soins et aux structures. Nous serons particulièrement attentive à l'impact de la gestion productiviste sur l'accueil de ces personnes et le traitement de leur dossier : les rendements imposés aux agents des caisses et leur manque de formation les poussent à réclamer aux demandeurs plus de justificatifs, différant toujours plus leur accès aux soins.

Gall, V. (2012). "Aide médicale d'Etat. La fin du mythe de Sisyphe ?" Revue Hospitalière de France(547): 62-64.

[BDSP. Notice produite par EHESP HACR0xpt. Diffusion soumise à autorisation]. En 2011, l'instauration d'un forfait d'entrée dans le dispositif de l'aide médicale d'Etat (AME) a conduit à un allongement sensible du délai d'ouverture des droits, aux conséquences potentielles non négligeables en termes de santé publique, comme le montre l'exemple de l'Ouest

guyanais évoqué dans cet article. Si le gouvernement annonce la suppression du forfait, sa facturation demeure, depuis le 1er janvier 2012, alignée sur le régime de droit commun que constitue le groupe homogène de séjour (GHS).

Pian, A. (2012). "De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives." *Revue européenne des migrations internationales* **28**(2): 101-127.

<https://shs.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2012-2-page-101>

Cet article s'intéresse d'une part, aux configurations d'entrée dans l'espace du soin des étrangers atteints de cancer dans trois villes bretonnes (Rennes, Brest et Quimper) et d'autre part, aux « trajectoires du mourir » en cas d'échec thérapeutique. Il insiste sur les obstacles administratifs rencontrés par ces patients selon les profils migratoires, du demandeur d'asile – en attente conjointe d'une régularisation pour soins – aux sans-papiers, en passant par les étrangers arrivés en France avec un visa touristique et dont le cancer a été diagnostiqué ou non au pays d'origine. La prise en charge oncologique ou palliative d'étrangers précaires confronte les professionnels à des « cas limites » qui interrogent des pratiques et des normes, qui plus est dans une région à faible immigration. Les logiques d'acteurs qui en résultent sont à replacer dans le contexte structurel pesant, en amont comme en aval, sur les parcours de soin et où se rencontrent politiques d'immigration et contraintes organisationnelles et financières des établissements de santé. Car si papiers et couverture médicale influencent les trajectoires de maladie, ils sont tout aussi importants dans les trajectoires du mourir.

Bernard, O. (2011). "Santé publique et politique sécuritaire." *Les Tribunes de la santé* n° **32**(3): 35-41.
<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-3-page-35>

Résumé : Si le « discours de Grenoble » du président de la République en juillet 2010 marque une rupture et contribue à renforcer encore un peu plus la stigmatisation des Roms, nous avons souhaité, au-delà de cette prise de parole, nous interroger sur des évolutions législatives et réglementaires à mettre sur le compte de la politique sécuritaire et leur impact dans le champ de la santé. En analysant, au travers d'exemples concrets (accès aux soins des personnes en situation irrégulière, remise en cause du droit au séjour pour raisons médicales, réforme de la psychiatrie, restriction du champ d'intervention des acteurs de l'aide, etc.), les modifications récentes de textes de loi, nous démontrons que ces évolutions ne sont pas sous-tendues par des logiques sanitaires mais contribuent à la gestion des flux migratoires, voire au maintien de l'ordre social, et renforcent les inégalités sociales de santé au moment même où la réduction de ce gradient est annoncée comme une priorité.

Boisguerin, B. (2011). "Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide." *Dossiers solidarité et santé (Drees)*(19)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/insertion-socio-professionnelle-etat-de-sante>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7mAR0xEq. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2010, 230 000 personnes bénéficient de l'aide médicale d'État (AME), un dispositif permettant de prendre en charge les dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière. À partir d'une enquête réalisée en 2007 par la DREES, cette étude se penche sur le soutien éventuellement mobilisable par cette population, selon la provenance de l'aide

(familiale, amicale, associative, sociale) et sa nature (matérielle ou financière, pour trouver un logement, du travail, effectuer des démarches). Il s'agit également d'observer si ce réseau d'entraide a une influence sur les conditions de logement, l'insertion professionnelle et l'état de santé perçu. Le réseau d'entraide sur lequel peuvent s'appuyer les bénéficiaires de l'AME conditionne directement leurs modalités d'existence : en particulier, l'insertion dans un réseau familial et amical améliore les conditions de logement et facilite l'accès à l'emploi. L'état de santé des bénéficiaires de l'AME apparaît également lié à leur capacité à mobiliser un soutien : deux personnes sur dix se déclarent en mauvaise santé et quatre sur dix indiquent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ce sentiment est renforcé chez les personnes qui ne peuvent s'appuyer sur la famille ou les amis. Enfin, les bénéficiaires de l'AME recourent davantage aux soins quand ils peuvent être épaulés à la fois par l'entourage familial et le milieu associatif pour effectuer des démarches et formalités.

Durand-Drouhin, J. L. (2011). "Les réformes des systèmes de santé, ici et ailleurs. La santé en Chine." Sève les tribunes de la santé(30): 87-112.

[BDSP. Notice produite par IRDES jDqHR0xB. Diffusion soumise à autorisation]. La question de l'accès à la santé et à une médecine de qualité constitue pour les autorités chinoises un enjeu majeur pour réduire les inégalités, assurer la stabilité sociale et confirmer la viabilité du modèle de développement chinois. A la suite du désengagement de l'Etat à la fin des années 1970, une majorité de la population, sans couverture sociale, a cessé d'accéder aux structures de soins, accentuant les inégalités, notamment entre les villes et les campagnes. La réforme du système de santé de 2008, primordiale pour l'avenir du pays, a pour objectif d'assurer à la totalité de la population urbaine et rurale une couverture de soins minimum grâce à un système d'assurance maladie, de rendre accessible les médicaments de base, de moderniser et développer les hôpitaux et les structures sanitaires de premier recours, en particulier au profit des populations des campagnes.

Gall, V. (2011). "L'aide médicale d'État est désormais payante." ?" Revue Hospitalière de France (540): 65-67.

[BDSP. Notice produite par EHESP oDR0xD99. Diffusion soumise à autorisation]. Le centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG) situé à Saint-Laurent-du-Maroni, commune frontalière avec le Suriname, reçoit une patientèle en situation irrégulière très importante correspond à près de 50%. Aussi, les changements relatifs à l'aide médicale d'État avec l'instauration d'un droit d'entrée dans le dispositif, ne sont pas sans conséquences pour l'établissement.

Grisson, C. (2011). "L'aide médicale d'Etat malade des polémiques : enquête." Moniteur des pharmacies et des laboratoires (Le)(2880): 22-27.

L'aide médicale d'Etat (AME) destinée aux étrangers sans papiers est accusée de ruiner les finances publiques et d'être source de fraudes. L'article 188 de la loi de finances 2011 a voulu en limiter l'accès en instaurant un droit d'entrée de 30 euros, en vigueur depuis le 1er mars 2011. Cet article fait un retour sur un dispositif sensible, politique et polémique (D'après l'introduction).

Laude, A. (2011). "Le droit à l'accès aux soins des étrangers : réforme de l'aide médicale d'Etat." Les Tribunes de la santé **54**(30): 17-19.

Cet article présente la réforme de l'aide médicale d'Etat (AME) destinée à tous les étrangers séjournant en France depuis plus de trois mois dans le cadre de la loi de finances pour 2011 (loi 2010-1657 du 29 décembre 2010) et actée par le décret n° 2011-273 du 15 mars 2011. Cette réforme introduit, entre autre, un droit de timbre de 30 euros.

Menard, D., Cognard, S. et Barkat, S.M. (2011). "Résister pour soigner : dossier." Pratiques : les cahiers de la médecine utopique(53): 93p.

Ce travail collectif, élaboré par des praticiens et par des chercheurs, rend compte de la révolte et de la résistance chez les soignants comme chez les patients et les usagers de la médecine ; mais aussi, dans tous les lieux (de travail, d'éducation, de service public) affrontés aux destructions politiques aujourd'hui à l'œuvre. Face à l'intimité des problèmes de santé et contre la dégradation des politiques publiques, ce numéro veut impulser le sens d'une résistance collective. Dans cette perspective, la question de la solidarité est centrale. Les récentes réglementations discriminatoires, à l'encontre des étrangers, à l'encontre des personnes incarcérées, ou à l'encontre des patients suivis en psychiatrie, font passer pour légales des mesures que nous dénonçons comme illégitimes. Et les soignants, comme les citoyens en général, s'exposent eux-mêmes aux représailles en défendant le droit des personnes.

Michelet, K. (2011). "La protection de la santé de l'étranger en situation irrégulière : un droit en perte d'effectivité." Revue de droit sanitaire et social RDSS(6): 1108-1121.

Le droit à la protection de la santé figure parmi les droits sociaux les plus affirmés, figurant dans les textes de protection des droits de l'Homme, et, en France, au sein de l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946. Alors que les étrangers en sont en principe bénéficiaires, la condition de ceux se trouvant en situation irrégulière mérite attention. La mise en oeuvre de ce droit se révèle pour eux à la fois marginale et dégradée. Minimaliste, ce régime apparaît également à plusieurs égards juridiquement contestable.

(2010). "Santé des étrangers : l'autre double peine." Plein droit n° 86(3): 52.
<https://droit.cairn.info/revue-plein-droit-2010-3>

Quels impacts les discriminations ont-elles sur la santé ? Les études révèlent que les personnes en situation de précarité sont particulièrement vulnérables et leurs difficultés d'accès aux soins bien réelles. Parmi elles, les étrangers, parce qu'ils cumulent certains « facteurs à risque » sont en première ligne en matière d'inégalité sanitaire. Leurs difficultés d'accès au logement les conduisent parfois à vivre dans des logements insalubres, non adaptés, surpeuplés. Or le mal-logement et a fortiori l'absence de logement affectent directement leur état de santé. Les conditions de travail des étrangers, particulièrement pénibles, et leur exposition aux risques liés au travail – accidents, cancers, troubles musculo-squelettiques – particulièrement forte, ne peuvent qu'aggraver les choses. Si on ajoute un environnement social dégradé et une précarité administrative qui rendent plus difficile leur accès aux soins, on peut se demander si en matière de santé aussi, les populations étrangères ne sont pas victimes de la double peine.

(2010). "Agir pour l'accès de chacun aux soins de qualité." Prescrire : La revue (322): 638p.

Les obstacles à l'accès à des soins de qualité pour tous sont nombreux et variés, et les inégalités de santé ont tendance à s'aggraver en France et dans le monde. L'amélioration de la santé passe par une réduction des inégalités socioéconomiques. Accéder aux soins dépend aussi de la démographie des soignants et de leur répartition sur le territoire, ainsi que de l'organisation des soins et des choix collectifs. Mais à quoi bon lever les obstacles à l'accès aux soins, si les soins ne sont pas de bonne qualité ? Avec des autorisations de mise sur le marché trop laxistes et une pharmacovigilance trop passive, le "marché" du médicament n'est pas assez au service des patients et trop soumis aux influences des firmes. Les politiques de santé sont à courte vue, et certaines dépenses de "santé" sont inutiles, voire nuisibles. La pléthore d'informations de santé est d'intérêt très inégal.

HACHIMI ALAOUI, M. et NACU, A. (2010). "Soigner les étrangers en situation irrégulière. Des politiques migratoires aux postures professionnelles." Hommes et migrations(1284): 163-173.

En Europe, dans le contexte de durcissement généralisé des contrôles en matière d'immigration clandestine, les étrangers en situation irrégulière peinent à accéder aux soins. Pris entre l'urgence humanitaire que suscite leur condition et l'arsenal juridique déployé par les Etats vis-à-vis des sans-papiers, l'exercice de leur droit à la santé dépend en grande partie de la rigueur et du dévouement des personnels de soins. En France, en Grande-Bretagne et en Suisse, cet article enquête sur les dilemmes du corps médical dans son face-à-face avec les exigences du droit.

Math, A. (2010). "Roms et autres : la protection sociale des ressortissants communautaires." Droit Social(11): 1037-1051.

Cet article vise à revenir d'abord sur les progrès réalisés en matière d'égalité de droit entre ressortissants communautaires, progrès qui se sont traduits non seulement dans les textes et la jurisprudence mais aussi dans les mentalités, à tel point qu'au début des années 2000, les instructions données aux caisses visaient à assimiler totalement le citoyen européen au citoyen français. Mais l'élargissement de l'Union européenne, et en particulier la perspective de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie, deux pays disposant de fortes minorités de Roms, va conduire les autorités à un changement d'attitude visant à limiter l'accès aux prestations. Ces changements intervenus à partir de 2006-2007 n'ont pas été linéaires et concernent les prestations d'assistance : prestations familiales, prestations d'assurance maladie. La situation est telle que, pour l'accès à certains droits, les Roms sont désormais parfois plus mal traités que des ressortissants d'Etats tiers en situation irrégulière.

(2009). "Accès aux soins : difficultés des exilés en France." Prescrire : La revue (306): 296.

Cet article rend compte des difficultés que rencontrent certains exilés à se soigner en France, à partir des données d'un centre de soins gratuit ; le Comede : refus de prise en charge, droit au séjour pour raison médicale mal appliqué, disparités de traitement, etc

(2009). "De nouveaux recours pour les patients victimes de refus de soins discriminatoires." Responsable santé. La lettre bimensuelle d'information sur le risque médical et la démarche qualité(111): 7-.

L'article L. 1110-3 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 prohibait la discrimination des patients dans l'accès à la prévention et aux soins. Suite aux abus observés ces dernières années, ce texte est complété par des dispositions issues de la loi HPST du 21 juillet 2009 afin de faciliter l'accès aux soins des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'Etat.

Fahet, G., Cayla, F. et Drouot, N. (2009). "Défaut de soins, refus de soins : l'expérience d'une association." Problèmes Politiques et sociaux(960): 68-7

Holstein, J., Farge, D., Taright, N., et al. (2009). "Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour." Revue d'épidémiologie et de santé publique **57**(3): 205-211

[BDSP. Notice produite par ORSRA FCs8R0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Plusieurs études ont mis en évidence l'existence d'un lien entre situations de précarité, durée de séjour et coûts de l'hospitalisation. Or, actuellement, les situations de précarité ne sont pas prises en compte par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Notre objectif était donc d'extraire des indicateurs de précarité disponibles en routine dans le système d'information hospitalier et d'évaluer leur relation avec la complexité médicale et la durée des séjours. Méthode : Nous avons croisé les données 2007 du PMSI du secteur de court séjour des patients de plus de 16 ans de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris avec des données administratives reflétant un état de précarité : couverture maladie universelle de base et complémentaire, aide médicale d'état, aide médicale d'état - soins urgents et absence de domicile fixe. Nous avons comparé la durée des séjours associés à un indicateur de précarité à celle des autres séjours, après ajustement sur la pathologie, l'âge et le sexe des patients. Résultats : Parmi 352721 séjours, la prévalence des indicateurs de précarité variait de 0,71% pour "sans domicile fixe" à 6,24% pour "couverture maladie universelle complémentaire". Les séjours associés à un indicateur de précarité étaient caractérisés par des pathologies spécifiques et par un taux plus élevé de comorbidités ou complications associées. Après ajustement, la durée moyenne des séjours associés à un indicateur de précarité était majorée par rapport à celle de la population globale, de 5% pour l'indicateur "couverture maladie universelle" à 48% pour l'indicateur "aide médicale d'état - soins urgents". Conclusion : L'extraction en routine d'indicateurs de situations de précarité depuis les systèmes d'information hospitaliers est faisable. À pathologie égale, ces indicateurs sont associés à des situations médicales plus complexes et à des durées de séjour majorées. Il importe d'introduire la prise en compte des situations de précarité dans le modèle de tarification à l'activité.

Maille, D. et Toullier, A. (2009). "Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants." Hommes & Migrations n° **1282**(6).

<https://shs.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2009-6-page-24>

La pauvreté reste pour toutes les personnes précaires, françaises ou étrangères, l'obstacle numéro un à l'accès aux soins. La réforme de la Couverture maladie universelle (CMU) en juillet 1999 a permis de faire évoluer les modalités d'ouverture de droits pour ces populations. Après dix ans d'application, il est temps de faire le bilan de cette réforme en

matière d'accès aux soins des migrants. Si l'opération apparaît globalement profitable aux populations étrangères en séjour administratif régulier et stabilisé, elle a aggravé l'exclusion des étrangers sous titres de séjour précaires et des sans-papiers.

Mignot, S. (2009). "Soins palliatifs. Une maison d'humanité." ASH - actualités sociales hebdomadaires(2593): 35-38.

A Paris dans le XVIII^e arrondissement, la Maison sur Seine, une unité de soins palliatifs, accueille 30% de personnes en situation précaire. Dans l'établissement, polyvalence et adaptation au patient sont les maîtres mots de l'accompagnement.

Vollaire, C. et Coutant, D. (2009). "Dossier. L'humanitaire est-il porteur de solidarité?" Pratiques - Les cahiers de la médecine utopique (lettre du smg)(46): 9-68.

Ce dossier condense les problématiques liées à l'action humanitaire et à sa confrontation avec le monde politique. Par les différentes interventions de ses auteurs, nous comprenons à quel point la santé est un enjeu polémique, dans lequel l'exigence de solidarité est en conflit permanent avec des pouvoirs économique-politiques explicitement destructeurs, et que l'instrumentalisation de l'humanitaire se trouve au cœur même des politiques de santé publique et de la question politique des migrations. Trois parties structurent le dossier : "Partenariat, pouvoir ou instrumentalisation", "Violence politique et refuge", "Humanitaire, droit et perversion". Ainsi, les auteurs nous invitent à la réflexion à partir de témoignages et d'expériences concrètes telles que la situation en Afghanistan ou en Palestine, l'état de la solidarité Nord-Sud, la question du droit d'asile, la situation précaire des sans-papiers en France, la gestion de l'humanitaire, la question du droit d'ingérence, celle de nos "indignations sélectives" ou comment la manipulation peut aussi entrer en jeu...

Boisguerin, B. et Haury, B. (2008). "Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins." Etudes et Résultats (Drees)(645)
<https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-beneficiaires-de-lame-en-contact-avec-le-systeme-de-soins>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mAIR0x9J. Diffusion soumise à autorisation].
L'enquête effectuée au premier trimestre 2007 en Île-de-France fournit des éléments de connaissance sur les conditions d'existence, l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) en contact avec le système de soins. Il s'agit d'une population composée à 70% de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans, ayant un niveau scolaire élevé et dont la majorité réside en France depuis moins de cinq ans. Soumis à des conditions d'existence précaires, les bénéficiaires de l'AME sont nombreux à percevoir leur état de santé comme dégradé.

Roger Leroi, V., Lalechere Lestrade, C. et Tubert-jeannin, S. (2007). "Caractéristiques des patients ayant recours à l'unité d'urgence odontologique du CHU de Clermont-Ferrand (France)." Revue d'Epidémiologie et de santé publique **55**(3): 197-202,

[BDSP. Notice produite par ORSRA 1R0xg2Do. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : En France, l'activité des services hospitaliers d'urgences odontologiques et le profil des patients les fréquentant ont rarement été évalués. Leur connaissance est pourtant indispensable en vue d'optimiser le service rendu au patient et entrer ainsi dans une

démarche qualité. Méthodes : Une étude transversale a été conduite dans l'unité d'urgences odontologiques du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Clermont-Ferrand afin d'évaluer son activité et le profil des patients. La base de données informatique du service a été utilisée pour répertorier la répartition dans le temps des consultations ainsi que le profil des patients ayant consulté en 2003 (n=2207). De plus, un questionnaire a été administré aux patients ayant consulté en février et mars 2003 (n=383) afin de connaître le motif de la consultation et les habitudes de suivi buccodentaire. Le diagnostic ainsi que le traitement pratiqué ont également été répertoriés. Résultats : Le profil des patients ayant consulté l'unité en 2003 était le suivant : la tranche d'âge la plus représentée était celle des 20-29 ans, 52% des patients étaient de sexe masculin, la majorité (85,4%) habitait Clermont-Ferrand ou son agglomération, 13,5% bénéficiaient de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État et 43% ne consultaient le service que dans le cadre de l'urgence. Les consultations étaient plus nombreuses l'après-midi (59,2%) et leur nombre se réduisait progressivement du lundi au vendredi. Les résultats issus du questionnaire indiquent que la douleur (42%) et les problèmes prothétiques (34%) étaient les motifs de consultation les plus fréquents, 38,8% des patients avaient attendu plus de sept jours avant de consulter et 50,8% n'avaient pas consulté de dentiste dans l'année précédente en dehors de l'urgence. Conclusion : Le profil de la clientèle des unités d'urgences odontologiques hospitalières est particulier. Ces unités doivent donc répondre au mieux aux besoins de patients qui fréquentent peu les structures de soins habituelles (Résumé d'auteur).

Azogui-levy, S., Bourdillon, F., Ittah Desmeulles, H., et al. (2006). "État dentaire, recours aux soins et précarité." Revue d'Epidémiologie et de santé publique **54**(3): 203-211

[BDSF. Notice produite par ORSRA R0xpz0I1. Diffusion soumise à autorisation]. Contexte : Les dispositifs de lutte contre l'exclusion ont permis une meilleure couverture maladie. Cependant, le recours aux soins dentaires reste limité et l'état bucco-dentaire des personnes en situation de précarité problématique. L'analyse de la clientèle d'une consultation hospitalière en odontologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière a semblé pertinente pour apporter des éclairages sur les besoins de soins de ces populations et les modalités de prise en charge. Cette étude avait pour objectifs d'estimer l'état dentaire et de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les besoins de soins dentaires d'une population de consultants à l'hôpital et d'analyser les liens entre précarité et état dentaire. Méthodes : Une enquête transversale a été conduite de février à juin 2003. Un auto-questionnaire et un dossier de prise en charge bucco-dentaire ont été utilisés. Toute personne accueillie prise en charge par le service d'odontologie et suivie pour soins conservateurs et prothétiques était incluse. Nous avons, d'une part, comparé les patients définis comme précaires aux patients non précaires et, d'autre part, les sujets ayant un état dentaire déficient aux sujets sains sur le plan dentaire. Résultats : Un ensemble de 336 questionnaires a été exploité. La population ainsi analysée comportait 2/3 d'hommes et 45% d'étrangers. Plus de la moitié des sujets relevait soit de la couverture maladie universelle (22,8%), soit de l'aide médicale d'État (24,4%), soit était sans couverture sociale (4,3%). La comparaison du groupe patients précaires au groupe patients non précaires a montré des différences significatives sur le plan bucco-dentaire : plus de dents manquantes et non remplacées, plus de problèmes gingivaux, et moins de recours aux soins chez les personnes en situation de précarité. L'analyse multivariée des facteurs liés à l'état dentaire a montré que les principaux facteurs de risque d'un mauvais état dentaire étaient la précarité, l'avancée en âge et la nationalité étrangère. Conclusion : Cette étude souligne l'importance des besoins en soins dentaires dans un contexte de faible prise en charge de leurs coûts par l'Assurance-Maladie et d'insuffisance de

structures de soins susceptibles d'accueillir des patients en situation sociale difficile. Elle pose la question de l'organisation de l'offre de soins bucco-dentaires en France.

Boisguerin, B. (2006). "Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005." Etudes et résultats (Drees)(512)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xf3pFY. Diffusion soumise à autorisation]. Au 31 décembre 2005, 1,7 million de personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) de base (+3,5% par rapport à 2004) et 4,7 millions, de la CMU complémentaire (CMUC). L'aide médicale d'État (AME) couvrait quant à elle près de 180 000 personnes (+20% en 2005). La répartition géographique des bénéficiaires de la CMUC présente encore des disparités importantes, avec des taux de couverture allant de 3,3% à 12,7% en France métropolitaine et atteignant 37% dans les départements d'outre-mer (DOM).

DEVYS, C. (2006). "La réforme de l'aide médicale d'État censurée par le Conseil d'État." Droit Social 11): 1037-1042.

[BDSP. Notice produite par IRDES 9OR0xBDw. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article fait part des critiques du monde associatif contre le nouveau dispositif de l'AME, dans son ensemble et en particulier contre l'introduction de la condition de résidence de trois mois et l'abandon d'un principe déclaratif au profit d'un mécanisme de justification tant des ressources que la présence ininterrompue depuis trois mois. Est également contesté le basculement des mineurs étrangers du régime de la CMU dans le régime de l'AME. Il analyse les conventions internationales citées par les requérants.

(2005). "Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (Article L. 254-1 du Code de." Journal du droit des jeunes N° 246(6): 45-46. <https://droit.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2005-6-page-45>

(2005). "Front commun des associations, syndicats et acteurs de la protection sociale contre les décrets réformant l'AME." ASH - actualités sociales hebdomadaires(2425): 37-38.

Plusieurs organisations, la CFDT, la CGT, l'UNSA, la Mutualité française, la FNATH et solidarité laïque ont rejoint l'appel des associations et des professionnels de la santé lancé il y a plus d'un mois contre les décrets réformant l'aide médicale d'Etat (AME). Tous indignés par cette "irresponsabilité sanitaire fantastique fondée sur des raisons idéologiques", selon les termes de Jean-Pierre Dubois, président de la Ligue des droits de l'Homme.

Langlet, M. (2004). "La réforme de l'aide médicale d'État : les sans-papiers exclus des soins." Journal de la démocratie sanitaire . Informations et analyses sur le sida et les pathologies associées(171): 24-26.

[BDSP. Notice produite par CRIPS R0xyo704. Diffusion soumise à autorisation]. L'auteur présente le combat des associations qui viennent en aide aux personnes en situation précaires contre la réforme de l'aide médicale d'État (AME). Engagée par le gouvernement depuis décembre 2002, son champ d'application est de plus en plus restreint, excluant

toujours plus de personnes du système de santé. Cet article se termine par l'interview du Docteur Françoise Jeanson, présidente de Médecins du monde.

Douris, V. et Taeron, C. (2003). "Qu'avez-vous fait de l'AME ?" Journal de la démocratie sanitaire . Informations et analyses sur le sida et les pathologies associées(154): 7-8.

[BDSP. Notice produite par CRIPS dSR0xRlx. Diffusion soumise à autorisation]. L'AME coûte cher et les mesures d'aménagement prévues signent la fin de la gratuité des soins pour ses bénéficiaires en majorité des étrangers en situation irrégulière. L'article présente plusieurs points de vue dont ceux d'Antoine Lazarus, professeur de santé publique, de Patrick Pelloux, président de l'association des médecins urgentistes hospitaliers de France et de Bernard Pissaro, professeur de santé publique, d'Alain Lambert du syndicat des médecins et de plusieurs associations.

Devers, A. (2001). "La protection de la santé de l'étranger en situation irrégulière." RDSS. Revue de droit sanitaire et social(02): p. 241.

<https://shs.hal.science/halshs-02236008>

Badel, M., Daugareilh, I., Lafore, R., et al. (2000). "Couverture maladie universelle. Aide sociale médicale d'Etat. Etrangers." RDSS. Revue de droit sanitaire et social(02): 475.

<https://shs.hal.science/halshs-02235860>