

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protoger-la-sante-des-personnes-etrangeres-en-situation-irreguliere-en-france.pdf

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

Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U1219),
Équipe Emos), Denis Raynaud (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes),
Florence Jusot (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes)

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.

L'existence d'une assurance publique, l'Aide médicale de l'État (AME), permettant aux personnes étrangères en situation irrégulière d'accéder à des services de santé, a cristallisé depuis sa création en 2000 de vives critiques. L'AME polarise en effet le débat public. Certains réaffirment le devoir de protection d'une

population vulnérable, et l'universalité du droit à la protection de la santé sur le territoire français, quand d'autres suspectent un dévoiement du système de protection sociale conduisant à faciliter, voire encourager, l'immigration irrégulière. Le contexte de fortes contraintes financières dans le système de santé rend plus aiguës les questions

de la légitimité, du coût du dispositif pour le système de santé et de son efficacité. Ces questions sont particulièrement délicates à appréhender puisqu'il ne s'agit pas uniquement d'évaluer les ressources du système de santé mobilisées pour ces populations, mais également les coûts évités grâce à une prise en charge sanitaire adéquate.

L'Aide médicale de l'État (AME) se décline en trois dispositifs distincts

Sous le vocable Aide médicale de l'État (AME) sont en réalité regroupés trois dispositifs distincts (Assemblée nationale, 2015 et 2016) : l'AME de « droit commun », qui représente 95 % des dépenses d'AME, le dispositif « soins urgents », qui représente près de 5 % des dépenses d'AME, et l'AME « humanitaire », qui est marginale.

L'AME de droit commun permet la prise en charge des soins délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière, sous condition de durée de résidence et de ressources. Les soins sont pris en charge à la hauteur des tarifs de sécurité sociale. Le panier de soins couverts est celui de la Sécurité sociale, à l'exception de soins relatifs à la procréation artificielle, des médicaments à Service médical rendu (SMR) faible et des cures thermales.

Le dispositif « soins urgents » permet la prise en charge des soins délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME de « droit commun » parce qu'ils ne remplissent pas la condition du séjour de trois mois en France, parce que leur dossier est en cours d'instruction ou plus rarement parce qu'ils ne respectent pas les conditions de revenu pour l'attribution de l'AME. Dans ce cas, seuls les soins urgents peuvent être pris en charge. Ils sont définis comme des soins dont l'absence mettrait en péril le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. L'AME, via une dotation forfaitaire de l'État, ne couvre généralement qu'une partie des dépenses liées à ce dispositif de « soins urgents » (62 % en 2017), le reste étant *in fine* financé par l'Assurance maladie.

L'AME « humanitaire » permet quant à elle des admissions pour soins hospitaliers ponctuels en France de personnes n'y résidant pas. Contrairement à l'AME de « droit commun », elle ne constitue pas un droit mais est un dispositif dérogatoire résultant d'une décision individuelle du ministre en charge de la santé. Moins de 100 personnes par an sont concernées par ce dispositif.

Les demandeurs d'asile ne sont pas concernés par l'AME. Ils sont sous le régime de la protection universelle maladie, qui a succédé à la CMU de base, et bénéficient aussi de la CMU complémentaire – qui devient la Protection universelle maladie (Puma) – puisqu'ils résident régulièrement sur le territoire. En cas de rejet de leur demande d'asile, s'ils restent sur le territoire français, ils conservent le bénéfice de l'assurance maladie pendant une année.

La difficulté de la tenue d'un débat éclairé tient au manque de connaissances sur le dispositif mais surtout au manque d'information sur la population concernée, les personnes étrangères résidant en France sans titre de séjour, et plus particulièrement, sur leur état de santé, leur accès à l'assurance et leur recours aux soins. L'information disponible est rare, incomplète et dispersée.

L'objet de cette contribution est de faire un état des lieux des connaissances, mais aussi des besoins de connaissance sur l'AME et la population que le dispositif est censé couvrir. Dans un premier temps, nous revenons sur l'histoire des droits des immigrés en situation irrégulière en matière d'accès aux soins en France, avant de présenter et discuter les évolutions des effectifs des bénéficiaires de l'AME et de leurs consommations de soins. Enfin, nous donnons des éléments d'évaluation du dispositif au regard des travaux parcellaires disponibles aujourd'hui. Le constat que nous établissons dans ce document sur les besoins de connaissance pour une évaluation de l'AME fonde le projet Premiers pas qui, mené par l'université de Bordeaux et l'Irdes, vise à étudier l'accès à l'AME et le recours aux services de santé des personnes en situation irrégulière en France.

Le droit aux soins des étrangers en situation irrégulière existe sous diverses formes depuis le XIX^e siècle

En France, l'accès à la protection sociale repose sur un principe constitutionnel d'égalité entre les résidents étrangers et les ressortissants français. Cette égalité est cependant conditionnée au principe de régularité du séjour. Pour autant, les étrangers en situation irrégulière ont toujours bénéficié en France, depuis la création de la Sécurité sociale en 1945, voire depuis la fin du XIX^e siècle, d'un droit à l'accès aux soins sous diverses formes (UNAFO, 2016 ; Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2016).

L'Assistance médicale gratuite (AMG, loi du 15 juillet 1893), confiée aux

départements, permettait un accès gratuit aux soins de santé des malades « privés de ressources », y compris les étrangers issus de pays ayant passé avec la France un traité d'assistance réciproque. Cette loi a été réformée en 1953 pour confier à l'État cette aide médicale gratuite afin d'éviter les disparités territoriales. Ce texte introduisait également la notion de « droit à l'aide sociale », associé à un devoir de la collectivité à l'égard des plus pauvres. Dès lors, l'aide sociale a la particularité d'être attribuée sans contribution préalable du bénéficiaire ni mention de la condition de régularité du séjour pour les étrangers.

L'Aide médicale départementale (AMD), créée par les lois de décentralisation (loi du 22 juillet 1983), renvoie à nouveau vers les départements un ensemble de prestations d'aides sociales, dont l'aide médicale. L'AMD, partie intégrante



Le projet Premiers pas*

L'enquête Premiers pas est intégré à un projet pluridisciplinaire. Le projet Premiers pas, Accès aux droits, trajectoires de soins et appropriation de l'Aide médicale de l'État (AME) en France, vise à étudier les parcours d'accès aux droits et de recours aux soins des étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français (Bordeaux et Paris) à partir d'approches pluridisciplinaires. Le projet comprend un volet qualitatif, une enquête auprès des personnes sans titre de séjour – l'enquête Premiers pas – et un panel de données administratives issues de l'AME. Premiers pas est mené par un consortium de recherche regroupant des chercheurs et des étudiants en anthropologie, sociologie et économie de la santé ainsi qu'un médecin généraliste. Les équipes participant au projet appartiennent à l'université de Bordeaux (UMR 5319 Passages-CNRS et U1219 Bordeaux Population Health, Emos-Inserm), l'université Paris Dauphine (EA 4404 Leda-Legos) et l'Irdes. Cette recherche a été soutenue par l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle Aquitaine, la Fondation des amis de Médecins du monde (2016-2019) et l'Agence nationale de la recherche au titre des appels à projets 2016. L'enquête est réalisée sous le contrôle de la Cnil, norme MR004, numéro d'enregistrement 2203002 v 0. <https://anr.fr/Projet-ANR-16-CE36-0008>.

* <https://premierspas.hypotheses.org/recherche-action-premiers-pas-2>
www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.html

de l'aide sociale décentralisée, assurait à toute personne résidant en France le droit, pour elle-même et les personnes à sa charge, à une aide pour les dépenses de soins qu'elle ne pouvait supporter. Ainsi étaient prises en charge les dépenses de soins telles que définies dans le code de la Sécurité sociale (ticket modérateur, forfait journalier notamment) ; certains départements prévoient toutefois des dispositions plus favorables en assurant un remboursement de frais au-delà des tarifs de la Sécurité sociale (frais dentaires et optiques le plus couramment).

Jusqu'en 1993, il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour l'assurance maladie que pour l'AMD qui, venant compléter ou remplacer l'assurance maladie pour les personnes sans droits ouverts, concernait les plus pauvres, souvent des jeunes adultes n'ayant jamais eu d'emploi. La loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite « Loi Pasqua » (24 août 1993), a bouleversé cette organisation

en introduisant une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie. En conséquence, cette loi a supprimé le droit à la protection sociale pour les « sans-papiers » qui, comme les plus pauvres, se tournaient vers l'AMD.

Par la suite, la loi relative à la Couverture maladie universelle (CMU) [27 juillet 1999] devait à l'origine faire disparaître l'AMD et unifier les droits à l'assurance maladie à tous les résidents en France créant *de facto* une réelle protection maladie « universelle ». Mais le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour l'assurance maladie a conduit à l'instauration d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier, financé par l'État tout comme les dispositifs qui l'ont précédé. Ce dispositif spécifique est l'Aide médicale de l'État (AME).

L'AME est un dispositif exclusivement destiné aux étrangers en situation irrégulière. L'affiliation est conditionnée d'une part au même plafond de res-

sources que la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et, d'autre part, au fait de résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. La demande d'AME est instruite par les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) du régime général, qui sont aussi en charge du contrôle du dispositif.

Une couverture un peu moins bonne que la CMU-C

Une fois acquise, l'AME ouvre droit à un panier de soins légèrement plus restreint que celui des bénéficiaires de la CMU-C. Sont exclus de la prise en charge l'aide médicale à la procréation, les cures thermales et les médicaments à Service médical rendu (SMR) faible, remboursés à 15 % pour les autres assurés sociaux. L'allocataire peut bénéficier de certains soins gratuitement : les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % de même que le forfait hospitalier. Cependant, pour les

E2

Santé, besoins de soins et situation sociale des « sans-papiers » : des connaissances parcellaires

Les études sur les immigrants originaires de pays en développement montrent qu'ils ont souvent des besoins de soins spécifiques, liés à la prévalence de maladies infectieuses, telles que la tuberculose ou l'hépatite B, dans le pays d'origine. Les dernières décennies ont été témoins de l'émergence de maladies chroniques parmi les patients immigrants (Médecins du monde, 2015). De plus, les problèmes de santé mentale consécutifs à l'expérience de la migration ou ce qui l'a précédée sont également plus fréquents (Comiti-Patureau, 2005 ; Guillou, 2007 ; Lot, Aïna, 2012 ; Demagney, Veisse, 2012). Par ailleurs la récente relative féminisation des populations de migrants suggère une augmentation des besoins de soins de santé reproductive (Beauchemin *et al.* (eds), 2010 ; Sargent, Kotobi, 2012 ; Kotobi *et al.*, 2013).

En ce qui concerne la situation sociale des sans-papiers, l'observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde montre à partir de son enquête européenne de 2007 sur l'accès aux soins des sans-papiers en Europe, que 93 % d'entre eux se situent sous le seuil de pauvreté. De même, 6 sur 10 souffrent d'une maladie chronique, pour laquelle seul 2 reçoivent un traitement. L'enquête de 2007 de la Drees montrait également une santé perçue nettement détériorée chez les assurés AME, et un

renoncement aux soins plus élevé que dans le reste de la population.

Bien que la plupart des enquêtes en population générale, y compris celles centrées sur les immigrants, ne permettent pas d'étudier les sans-papiers, les sources existantes (Trajectoires et origines (TeO) survey, Ined and Insee, 2008 ; ESPS, 2008 à 2012) tendent à montrer que la santé des immigrants est plus mauvaise que celle des natifs, qu'ils soient en situation régulière (Berchet, Jusot, 2010, 2012 ; Cognet *et al.* 2012 ; Jusot *et al.*, 2009, Khlat et Guillot, 2017) ou irrégulière (Boisguérin, Hauray, 2008). Les conditions de vie et de travail (Aiach, Fassin, 2004 ; Jusot *et al.*, 2009 ; Berchet, Jusot, 2009), l'accès aux services de santé, dont le refus de soins (Dourgnon *et al.*, 2009 ; Gabarro, 2012 ; Berchet, 2013 ; Kotobi, 2000 ; Carde, 2007), peuvent expliquer en partie cette situation.

Plusieurs études ont pointé l'accès aux droits comme l'un des principaux verrous à l'accès aux soins des immigrants (Boisguérin, Hauray, 2008 ; Berchet, Jusot, 2012 ; Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet, 2013 ; Guillou, 2007 ; Kotobi, Lemonnier, 2015). L'enquête de la Drees auprès des assurés AME montrait que plus de la moitié d'entre eux avaient pris connaissance de l'existence du dispositif par leurs proches, ce qui

semble montrer la relative faiblesse de la visibilité de l'AME auprès de son public. La plupart de ces études ont montré de plus les difficultés rencontrées par les immigrants dans leur interaction avec l'administration (notamment au moment de la réactualisation des droits) et avec les professions médicales. Ces difficultés sont souvent accrues par un manque de maîtrise du français et donc aussi le manque d'informations en langues étrangères.

Deux rapports parlementaires de 2011 et 2013 soulignent que de nombreuses personnes éligibles ne font pas usage de leurs droits, précisant qu'« il n'est toutefois pas certain que le public qui en bénéficie effectivement soit le plus précaire ». Ils pointent également la « fiabilité insuffisante et préoccupante des données statistiques » liée au taux de renouvellement important des assurés et à l'absence de données relatives à la santé des assurés. Le rapport Igas/IGF de 2010 (Cordier, Sallas, 2010) qualifie, quant à lui, cette situation d'« aporie statistique » et le dernier rapport de l'Igas-IGR (2019) a été confronté aux mêmes difficultés. Les réticences françaises vis-à-vis des statistiques sur l'origine nationale et/ou ethnique des personnes ou des minorités (Comed, présidé par F. Héran, 2010) brouillent aussi la lecture de la situation.

soins dentaires et l'optique, la prise en charge de l'AME se limite aux tarifs de base de la Sécurité sociale. Les affiliés à l'AME ne sont pas soumis au dispositif du médecin traitant et sont exonérés des participations financières prévues pour les assurés sociaux ne bénéficiant pas de la CMU-C.

L'État rembourse les dépenses qui sont avancées par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam). L'AME est donc financée sur le budget de l'État et non sur le budget de la Sécurité sociale.

La loi récente instaurant la Protection universelle maladie (Puma, 21 décembre 2015), qui avait pour objectif de simplifier et d'achever l'universalisation du système, a pourtant maintenu, comme seize ans auparavant la loi créant la CMU, les étrangers en situation irrégulière en dehors du périmètre de l'universalisation. Un système dual perdure donc, avec d'un côté, une assurance maladie universelle pour les personnes en situation régulière et, de l'autre, l'AME financée par l'État pour les personnes étrangères en situation irrégulière.

Les dépenses d'Aide médicale de l'État représentent environ 0,5 % des dépenses publiques de santé

Le coût total de l'AME prévu par la Commission des finances dans le cadre du budget 2019 de l'État est estimé 934,9 millions d'euros au financement de l'AME, soit 893,4 millions pour l'AME de « droit commun », 40 millions de dotation forfaitaire au titre du dispositif « soins urgents », et 1,5 millions pour d'autres dispositifs, parmi lesquels l'AME « humanitaire » (encadré 1). Cependant, le coût total de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est plus élevé dans la mesure où une partie du dispositif « soins urgents » est financée par l'Assurance maladie (en 2017, la dotation de l'État a couvert 62 % des sommes engagées au titre des « soins urgents »). Enfin, l'AME ne concerne pas aujourd'hui le département de Mayotte.

En 2017, les dépenses d'AME de « droit commun » exécutées se sont élevées à 802 millions d'euros ce qui repré-

sente un peu moins de 0,5 % de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à financement public, estimées à 155 milliards d'euros dans les Comptes de la santé en 2017 (Drees, 2018).

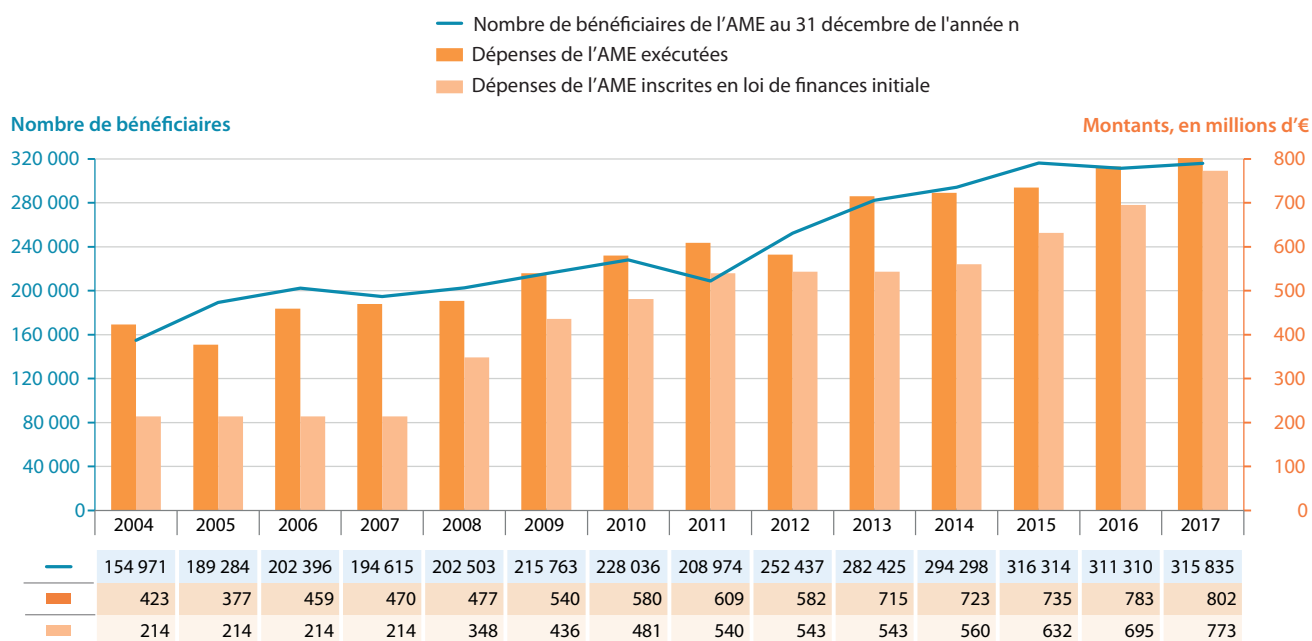
La hausse des dépenses suit l'augmentation du nombre de bénéficiaires, les dépenses par tête restant stables

L'AME est accordée aux personnes qui en font la demande et remplissent les conditions d'éligibilité, ce qui en fait une dépense « de guichet », évoluant en fonction du nombre de bénéficiaires d'une part, et du coût des soins prodigués d'autre part.

Les dépenses relatives à l'AME de droit commun progressent de manière dynamique, elles ont augmenté d'environ 50 % depuis 2008 (graphiques 1 et 2). Cette croissance s'explique principalement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun, qui est passé de 202 503

G1

Évolution des dépenses d'Aide médicale de l'État (AME) et du nombre de bénéficiaires entre 2004 et 2017

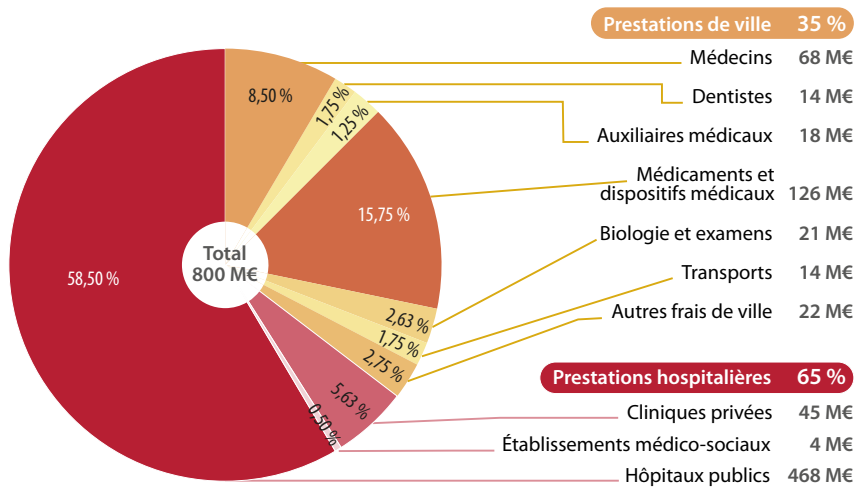


Lecture : Après un rythme d'augmentation soutenu jusqu'en 2015, le nombre des bénéficiaires de l'AME s'est stabilisé. Les dépenses d'AME ont pour leur part continué d'augmenter.

Source : Cnam ; bases administratives pour les dénombrements et comptables pour les dépenses.

G2

Dépenses 2017 d'Aide médicale de l'État (AME) de droit commun



Lecture : En 2017, les prestations hospitalières (hôpitaux publics, cliniques privées et établissements médico-sociaux) ont représenté 65 % des dépenses d'AME de droit commun et les prestations de ville 35 %.
Source : Cnam ; bases administratives pour les dénombrements et comptables pour les dépenses.

au 31 décembre 2008 à 315 835 au 31 décembre 2017. Les dépenses moyennes par bénéficiaire s'élèvent à environ 2 550 euros en 2017, ce qui est inférieur à la dépense moyenne des Français¹. La comparaison est cependant très délicate dans la mesure où la population de bénéficiaires de l'AME est en moyenne plus jeune (selon les bases administratives de la Cnam, 49 % des bénéficiaires avaient entre 18 et 39 ans en 2017), mais également en plus mauvais état de santé (encadré 2). Par rapport à la population générale, les dépenses associées à l'AME sont plus concentrées sur les dépenses hospitalières. Au-delà des causes épidémiologiques, les difficultés d'accès aux soins en ville et un non-recours important au dispositif peuvent expliquer cette forte concentration : les deux tiers des dépenses concernent des soins hospitaliers et un tiers des soins de ville, le premier poste en ville étant celui des médicaments (graphique 2). Au final, on ne constate *a priori* pas de consommation moyenne par bénéficiaire anormalement élevée ni d'évolution à la hausse significative.

La hausse du nombre de bénéficiaires (graphique 1) est régulière depuis la création du dispositif jusqu'en 2015. La baisse ponctuelle du nombre de bénéficiaires en 2011 s'explique par la mise en

place d'un droit de timbre de 30 euros par bénéficiaire, qui a représenté un frein à l'accès aux droits tel qu'il a été supprimé dès 2012. La mise en œuvre de ce droit d'entrée a eu pour conséquence une baisse de 20 000 bénéficiaires entre 2010 et 2011 alors que la tendance d'évolution était à la hausse. Entre 2002 et 2017, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a doublé. Après un rythme d'augmentation soutenu jusqu'en 2015, le nombre de bénéficiaires s'est stabilisé.

Une évaluation complexe

Mesurer l'efficacité de l'AME reste ardu car peu de travaux sont disponibles et il existe une réelle difficulté à collecter des données concernant des populations qui sont le plus souvent très difficiles à atteindre. Les rapports annuels de Médecins du monde sont une source précieuse d'information (Médecins du monde, 2015), mais ils concernent principalement une population qui, soit ne relève pas de l'AME de droit commun (migrants arrivés depuis moins de trois mois en France), soit pourrait en bénéficier mais n'a pas encore fait les démarches pour l'obtenir ou éprouve des difficultés à faire valoir ses droits. Par exemple, la démonstra-

tion d'un séjour ininterrompu de trois mois sur le territoire peut être complexe à prouver pour des personnes en situation irrégulière. Les rapports administratifs (Inspection générale des affaires sociales-Inspection générale des finances (Igas-IGF), Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Mecss), Commission des finances, Défenseur des droits...) apportent des éléments concernant le cadrage budgétaire, la mise en œuvre du dispositif, ses éventuelles dérives (coût, fraude, refus de soins...) mais ne permettent pas d'apprécier dans sa globalité l'efficacité du dispositif. En effet, les éléments d'information sur l'état de santé ou les conditions d'accès aux soins des bénéficiaires manquent (Cordier, Salas, 2010 ; Dourgnon *et al.*, 2008). La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a conduit une enquête en 2007 auprès des bénéficiaires et bénéficiaires potentiels de l'AME rencontrés sur les lieux de soins (Boisguérin et Hauray, 2008). Les données sont anciennes et portent essentiellement sur une population spécifique de bénéficiaires interrogés sur des lieux de soins et surreprésentés, en particulier les personnes malades et les femmes enceintes.

Un accès aux droits parfois difficile à faire valoir

L'état de santé des migrants est aggravé par leurs difficultés d'accès aux soins. D'après les indicateurs de l'index des politiques d'intégration en Europe (Migrant Integration Policy Index, Mipex) [Dourgnon et Kassar, 2014 ; Kassar et Dourgnon, 2014], qui mesurent la politique d'intégration des migrants dans les pays de l'Union européenne et d'autres pays industrialisés, la France se place parmi les pays où les droits en matière de santé accordés aux migrants semblent les plus avantageux. Pourtant, les barrières administratives et juridiques figurent parmi les premiers obstacles : complexité du droit en

¹ Cette estimation est une approximation rapportant la dépense exécutée annuelle au nombre de personnes bénéficiaires de l'AME au 31 décembre.

matière d'immigration et succession de réformes et de nouveaux textes de loi ; complexité des situations par rapport au droit de l'assurance maladie. À ceci s'ajoutent des difficultés de communication relevant à la fois des registres linguistiques et culturels, sans compter les problèmes de discrimination à l'égard des migrants.

Ainsi, selon le Défenseur des droits (2016), des pratiques hétérogènes des Cnam en matière d'instruction des demandes d'AME ont pu, dans certains territoires, rendre plus difficile l'accès aux droits. Ces pratiques hétérogènes peuvent relever de choix d'organisation différents (circuits spécifiques incluant un « entretien AME » visant à lutter contre la fraude en s'assurant des ressources réelles du demandeur). Elles s'expliquent par l'autonomie de gestion des caisses mais aussi par des interprétations différentes, voire de mauvaises applications des textes (« demandes excessives et contraires aux dispositions applicables »). Cette dernière barrière est à la fois préjudiciable pour l'équité d'accès aux droits et injustifiable sur le plan des principes. C'est en particulier le contrôle de la condition d'antériorité de résidence de plus de trois mois en France qui pose le plus de problèmes, certaines caisses acceptant des documents justificatifs émanant de personnes privées, en accord avec un décret (28 juillet 2005), d'autres les refusant le plus souvent en accord avec une circulaire d'application précisant la portée du même décret (27 septembre 2005). Le Défenseur des droits a contesté l'interprétation de la circulaire d'application, qui ne saurait être plus restrictive que le décret dont elle précise la portée. Cet exemple souligne à quel point la complexité de la réglementation engendre des interprétations variables selon les départements, et constitue un véritable obstacle à l'accès aux droits et *in fine* à l'accès aux soins.

Par ailleurs, comme les bénéficiaires de l'AME ne disposent pas de cartes vitales, les professionnels de santé peuvent subir des surcoûts administratifs. Les modalités administratives de règlement apparaissent complexes pour les médecins de ville (feuille de soins papier ou télétransmission en

mode dégradé) et peuvent entraîner des délais de paiement des professionnels plus longs que pour les assurés sociaux. Selon l'enquête de la Drees menée en 2007, plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois déclarait avoir déjà subi un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien. Ces pratiques semblent perdurer aujourd'hui, comme en atteste le Défenseur des droits qui constate que les étrangers sont particulièrement vulnérables au risque de refus de soins en raison de leur nationalité ou de la nature de leur protection sociale. Les délais de remboursement comme les surcoûts administratifs supportés par les professionnels de santé ne sont pas de nature à les encourager à prendre en charge les bénéficiaires de l'AME comme les autres assurés sociaux.

Pour répondre à ces difficultés, les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux, instaurées par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions de 1998, permettent la prise en charge médicale et sociale des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder du fait de l'absence de protection sociale, des conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Ces permanences donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisées, ainsi qu'à la possibilité de s'entretenir avec un assistant social qui facilite les démarches administratives pour accéder aux droits. Bien souvent, les bénéficiaires de l'AME, plutôt méfiants vis-à-vis des structures administratives, ne font valoir leurs droits que lorsqu'un besoin important de soins se manifeste : à l'occasion d'un passage par les urgences, par exemple, ils sont orientés vers les Pass qui jouent le rôle de porte d'entrée aux soins (Pfister *et al.*, 2014).

Enfin, l'existence de filières d'immigration exploitant le dispositif de l'AME pour bénéficier gratuitement de soins est parfois évoquée dans le débat public. Il est difficile à ce stade d'évaluer l'ampleur de cette réalité comme son éventuel impact en termes de coût. On peut simplement noter que le nombre de bénéficiaires de l'AME est resté stable depuis 2015, ce qui laisse à minima penser que l'impact de ces

filières sur les consommations de soins est resté modéré jusqu'ici, tout au moins pour les consommations financées par l'AME de droit commun.

L'AME ne peut être évaluée au regard de son seul coût

L'AME de « droit commun », malgré les difficultés d'accès aux droits évoquées plus haut, permet l'accès aux soins de personnes vivant en situation irrégulière sur le territoire national depuis plus de trois mois. Son coût croissant est parfois mis en avant dans le débat public pour justifier, dans un contexte de déficits publics persistants, des propositions de réduction du périmètre de ce dispositif.

Cependant, il serait restrictif d'analyser l'effet de l'AME uniquement sous le prisme de son coût budgétaire, sous prétexte que celui-ci est facilement connu. Il serait plus intéressant d'approcher son coût économique, que l'on pourrait définir par un coût net, qui tiendrait aussi compte des coûts évités par l'AME. Cet exercice n'est pas aisé et cet article n'a pas l'ambition de répondre à cette question complexe qui mérite des travaux de recherche plus approfondis. Il est cependant possible d'évoquer, sans chiffrer, les raisons pour lesquelles le coût net de l'AME serait significativement inférieur à son coût budgétaire.

Premièrement, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé (SNS) et la loi de modernisation du système de soins qui promeut le virage ambulatoire dans un objectif de meilleur suivi médical et d'utilisation plus efficiente du système de soins, l'AME permet une prise en charge médicale en ville, sans attendre qu'une dégradation de l'état de santé conduise à une hospitalisation plus coûteuse. Si cet argument est valable pour les assurés sociaux, il l'est aussi pour les étrangers en situation irrégulière. L'abandon en 2012 du droit d'entrée de 30 euros, mis en œuvre l'année précédente, a été justifié ainsi.

Deuxièmement, l'AME a aussi eu pour effet de diminuer les créances irrécouvrables des hôpitaux. En effet, elle sol-

vabilise une demande qui s'adresse à eux pour des besoins de soins vitaux et urgents et à laquelle il est dans leurs missions historiques de répondre. Le changement de tarification des soins hospitaliers opéré en 2012 – qui s'est traduit par une diminution des versements aux hôpitaux accueillant des bénéficiaires de l'AME – s'est accompagné de mesures financières visant à compenser les pertes induites pour les hôpitaux. Ainsi, toute mesure d'économie sur l'AME qui se traduirait par une augmentation du déficit des hôpitaux ou par une augmentation des financements des hôpitaux *via* d'autres canaux (tarifs Groupes homogènes de séjours (GHS), dotations...) serait une économie en trompe-l'œil. Aux États-Unis, l'extension de l'assurance santé à des populations qui en étaient souvent dépourvues, à la suite de la réforme de l'*Obama Care*, a réduit significativement les nombres de séjours hospitaliers non financés (Nikpay *et al.*, 2016).

Enfin, l'AME est aussi un dispositif qui concourt à une meilleure santé publique. Les bénéficiaires de l'AME souffrent plus fréquemment que les autres assurés de pathologies infectieuses graves, telles que la tuberculose, les affections hépatiques, ou le VIH. Il a été démontré dans le cas du Sida qu'une prise en charge plus précoce des

migrants atteints de cette affection en France serait une stratégie efficace tant du point de vue de la santé publique que d'un point de vue économique (Guillon *et al.*, 2015). Il est dans l'intérêt de l'ensemble de la population qu'un meilleur suivi médical de ces populations contribue à limiter la propagation de maladies infectieuses.

Un déficit d'information

Bien que le dispositif date de près de vingt ans, il reste bien difficile d'entreprendre une évaluation de l'AME, tant les données sont parcellaires (encadré 2). Il y a là un vaste champ d'exploration pour la recherche et la statistique publique afin de mieux documenter l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME et de vérifier et quantifier les hypothèses selon lesquelles l'AME permet d'éviter des coûts futurs grâce à une meilleure prise en charge en amont. L'Irdes et l'université de Bordeaux² développent conjointement un projet de recherche sur l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière (projet Premiers Pas, soutenu

² Le centre de recherche *Bordeaux Population Health* (Inserm, UMR 1219) et le laboratoire *Passages* (CNRS, UMR 5319).

par l'Agence nationale de la recherche) [Repères]. L'objet de ce programme, qui viendra compléter les travaux de l'Irdes sur l'accès aux soins et l'état de santé des migrants en France (Dourgnon *et al.*, 2008 ; Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet et Jusot, 2012 ; Dourgnon et Kassari, 2014 ; Kassari et Dourgnon, 2014 ; Moullan et Jusot, 2014), est de mieux comprendre les parcours d'accès aux droits et de recours aux soins des éligibles et des bénéficiaires à l'AME. Le projet s'appuie sur des travaux qualitatifs conduits par une équipe de sociologues et d'anthropologues auprès de migrants en situation irrégulière et de professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge. La connaissance produite par ces travaux a été mobilisée pour la réalisation d'une enquête quantitative sur plus d'un millier de migrants en recherchant la représentativité des populations étudiées. L'accent est mis sur l'étude des parcours d'accès aux droits et de recours aux soins. Ces travaux seront complétés par un suivi sur données médico-administratives des consommations de soins d'une cohorte de bénéficiaires de l'AME. Ce projet vise ainsi à mieux connaître les populations concernées par l'AME tant du point de vue de leurs caractéristiques socio-économiques et sanitaires que de leur accès au système de soins français. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Assemblée nationale (2016). « Rapport de la Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2017 : annexe 42 santé » n° 4 125, octobre.
- Assemblée nationale (2015). « Rapport d'information sur l'évaluation de l'aide médicale d'État » n° 3 196, novembre.
- Aïach P., Fassin D. (2004). « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé ». *La Revue du praticien*, 54 (20), p. 2221-2227.
- Bartoli F., Rey J.L., Fellingier F. (Igas), Saulière J., Hemous C., Latournerie J.Y. (IGF) [2019]. *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*, Rapport Igas, IGF. 204 p.
- Beauchemin C., Hamelle C., Simon P. (2010). "Trajectories and Origin: Survey on Population Diversities". INED *Working Paper*, 168
- Berchet C. (2013). « Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (53), pp. 69-79.
- Berchet C., Jusot F. (2012), « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, 172, janvier.
- Berchet C., Jusot F. (2010). « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France : une analyse selon le genre et l'origine ». *Revue Économique*, 61(6), pp. 1075-98.
- Berchet C., Jusot F. (2009). « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition ». *Économie publique*, 24-25(1-2), pp. 73-100.
- Boisguérin B. (2011). « Insertion professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide ». Drees, *Dossier solidarités et santé*, n° 19.
- Boisguérin B., Haury B. (2008). « Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins ». Drees, *Études et Résultats*, n° 645.
- Carde E. (2007). « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique*, 2(19), pp. 99-109.

POUR EN SAVOIR PLUS (suite)

- Cagnet M. *et al.* (2012). « Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations ». *Revue européenne des migrations internationales*, 28 (2), 7-10.
- Comiti V.P., Patureau J. (2005). « La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires ». *Santé, Société et Solidarité*, 1, pp. 129-137.
- Comed (Comité pour la mesure et l'évaluation de la diversité et des discriminations) présidé par François Héran (2010). *Inégalité et discriminations. Pour un usage critique et responsable de l'outil statistique*. Paris, La Documentation française.
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale <http://www.cnle.gouv.fr/Sante-et-precarite.html>, consulté le 7 octobre 2016.
- Cordier A., Salas F. (2010). « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide médicale d'État », rapport IGAS-IGF novembre.
- Demagny B., Veisse A. (2012). « Des médecins sous contrôle politique ». *Plein droit*, 92(1), 20-23.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009). « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 146, septembre.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2008). « La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 133, juillet.
- Dourgnon P., Kassas H. (2014). "Refugees in and out North Africa: A Study of the Choucha Refugee Camp in Tunisia". *European Journal of Public Health*, vol 24, suppl 1. 2014/08, 6-10.
- Défenseur des droits (2016). « Les droits fondamentaux des étrangers en France », mai.
- Fonds CMU (2014). « Sixième rapport d'évaluation de la CMU ».
- Gabarro C. (2012). « Les demandeurs de l'Aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique ». *Revue européenne des migrations internationales*, 28 (2), pp. 35-56.
- Guillon M., Celse M., Geoffard P.-Y. (2015). "Cost-effectiveness Analysis of Early Access to Medical and Social Care for Migrants Living with HIV in France". halshs-01118612
- Guillou A.Y. (2007). *Patients immigrés dans la région rennaise. Le regard des médecins généralistes*. Rapport de recherche, Rennes, Odris/Réseau Ville-Hôpital 35/L'Accés, mars, 49 p.
- Irdes (2016). « La santé des migrants : synthèse bibliographique », juillet.
- Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. (2009). « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ». *Revue économique*, 60 (2), pp. 385-411.
- Kassas H., Dourgnon P. (2014). "The Big Crossing: Illegal Boat Migrants in the Mediterranean". *European Journal of Public Health*, vol 24, suppl 1. 2014/08, 11-15.
- Khlal M., Guillot M. (2017). "Health and Mortality Patterns among Migrants in France". University of Pennsylvania Population Center, *Working Paper (PSC/PARC)*, 2017-8. https://repository.upenn.edu/psc_publications/8.
- Kotobi L. (2000). « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital ». *Hommes et migrations*, pp. 62-72.
- Kotobi L. *et al.* (2013). *Santé reproductive dans le Médoc (France): femmes, précarité, migration*. Rapport final de la recherche : « Inégalités d'accès aux soins en santé reproductive et génésique des femmes « précaires » et/ou « migrantes » du Médoc ». *Iresp/Inserm*, 270 p.
- Lot F., Aïna E. (Coord.) [2012]. « Santé et recours aux soins des migrants en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, 40 p.
- Médecins du monde (2015). « Rapport de l'accès aux droits et l'accès aux soins en France ».
- MIPLEX 2015 <http://www.mipex.eu/health>, consulté le 7 octobre 2016.
- Mouhoud E.M. (2010) « Quelles sont les conséquences de l'immigration dans les pays riches ? » *Regards croisés sur l'économie*, 2010/2, n° 8.
- Moullan Y., Jusot F., (2014), "Why Is the Healthy Migrant Effect Different between European Countries?" *European Journal of Public Health*, 24, supplement 1: 80-86. « La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite ». *Les Tribunes de la santé*, 2/2011, n° 31, p. 109.
- Nikpay S., Buchmueller T., Levy H. (2016). "Affordable Care Act Medicaid Expansion Reduced Uninsured Hospital Stays In 2014". *Health Affairs*, 35(1), p. 106-110.
- Pfister V., Guiboux L., Naitali J. (2014). « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner ». *Informations sociales*, 2/2014 (n° 182), p. 100-107.
- Sargent C., Kotobi L. (2012). *Contraceptive secrets and shifting locations of personal and political power: Body battles among North and West African migrants in Paris*, in L. Manderson, *Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health*, London, Routledge, pp. 35-54.
- UNAF0 (2016) « Analyse juridique : la protection sociale des étrangers en France », juillet 2016.