

# UNE ANALYSE CRITIQUE DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Jean-Marie André, Jean-Baptiste Simon Combes

**Le 6 novembre 2019, Édouard Philippe dévoilera 20 mesures sur l'immigration. Parmi celles-ci, le Premier ministre devrait annoncer une révision de l'aide médicale de l'État (AME). Attaquée pour son coût et les fraudes auxquelles elle donnerait lieu, cette aide appliquée depuis 2000 suscite critiques et fantasmes. Pour Jean-Marie André et Jean-Baptiste Simon Combes, tous deux économistes de l'École des hautes études en santé publique, l'objectif de réduction des coûts avancé par les tenants du durcissement de l'AME ne résiste pas à l'analyse. Au contraire, il faudrait progresser vers une unification de la couverture santé qui permettrait aux migrants en situation irrégulière de s'inscrire dans les dispositifs sociaux et sanitaires ouverts à la population générale.**

Le droit universel aux soins est un droit établi de longue date par les normes juridiques internationales. En 1946, la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dispose que la santé « constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans son article 25, alinéa 1, précise que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille [...] elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». Cette même année, la France reconnaît également ce droit à travers le 11<sup>e</sup> alinéa du préambule de la Constitution : « La nation garantit à tous et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé. » Force est de reconnaître aujourd'hui que ces grands principes humanistes ne se traduisent pas véritablement dans les faits.

Si l'on s'en tient à la situation française, les étrangers sans papiers sont exclus du droit commun dit de protection universelle maladie (PUMA) et font

l'objet d'un dispositif spécifique, l'aide médicale de l'État (AME). Appliquée depuis 2000, cette aide donne lieu à de vives critiques et, disons-le, de fantasmes, même si elle présente un certain nombre de restrictions vis-à-vis des droits et de l'accès effectif aux soins par rapport à ce qui est accordé dans le régime commun. Après avoir fait le point sur les grandes caractéristiques, le coût et les effets de cette prestation, quelques éléments de réflexion sont avancés sur la validité des critiques qui sont actuellement exprimées sur cette aide et quelques propositions sont formulées pour évoluer vers une situation plus satisfaisante au regard des principes d'universalité et de solidarité.

L'AME s'insère dans la politique de protection sociale, qui représente en 2018 environ un tiers du PIB. Les statistiques internationales montrent qu'en 2016 la France se situe au premier rang européen pour cet indicateur, assez loin de la moyenne européenne qui s'établit à 27,1%. Dans l'ensemble des prestations de protection sociale, la part consacrée à la santé représente 35,1%. Si l'on considère la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), qui s'élève à 203,5 milliards d'euros en 2018, l'intervention publique s'appuie très majoritairement sur l'Assurance-maladie obligatoire, qui prend en charge 78,1% de la dépense. L'autre pan de la couverture assurée par le secteur public rassemble les prestations de redistribution verticale, c'est-à-dire celles qui donnent lieu à des transferts des catégories les plus aisées vers les plus pauvres. Ces prestations font l'objet d'une comptabilisation à part et représentent 1,5% du financement de la CSBM. Dans cette catégorie, on trouve la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), l'aide à la complémentaire santé (ACS<sup>[1]</sup>) et l'AME.

Prise en charge par l'État, l'AME est entrée en vigueur au début de l'année 2000 dans le cadre de la politique de lutte contre les exclusions. Elle concerne les personnes étrangères en situation irrégulière présentes sur le sol français depuis plus de trois mois et qui peuvent apporter la preuve d'une domiciliation. Les ressources doivent être inférieures à 8,951 euros par an pour une personne seule. Ce plafond est identique à celui de la CMUc. Les personnes à charge peuvent également bénéficier de l'AME (conjoint et enfants). Les enfants de moins de dix-huit ans, dont les parents sont en situation irrégulière mais non éligibles à la prestation, peuvent la percevoir.

Un autre dispositif existait avant l'AME : l'aide médicale départementale. Cette prestation visait à apporter une couverture sociale à toute la population en situation de pauvreté et de précarité. Il est important de noter que, jusqu'en 1993, la régularité du séjour n'était pas une condition exigée pour bénéficier de cette aide médicale départementale, seule une condition d'ancienneté de résidence de trois ans sur le territoire s'imposait. C'est la loi du 24 août 1993, relative à la maîtrise de l'immigration, qui a créé une distinction entre, d'un côté, les étrangers en situation régulière qui pouvaient continuer de bénéficier de l'aide médicale au même titre que la population nationale et, de l'autre, les étrangers en situation irrégulière qui ne pouvaient recevoir cette aide qu'à la condition d'être présents sur le territoire depuis

au moins trois ans. Le nouveau dispositif a donc isolé les étrangers en situation irrégulière dans une catégorie spécifique du droit à la couverture sociale qui, en 2000, s'est structurée autour de l'AME.

L'AME prend en charge à 100% les soins médicaux liés à la maladie et à la maternité dans la limite des tarifs retenus par la Sécurité sociale. Il n'y a aucune avance de frais. Certaines prestations sont cependant exclues du périmètre de remboursement : les cures thermales, la procréation médicalement assistée, les examens de prévention bucco-dentaires pour les enfants et certains médicaments à faible service médical rendu. De plus, à la différence de la CMUc, il n'existe pas de forfaits supplémentaires pour les prothèses dentaires et les lunettes. Tous les professionnels de santé sont dans l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME. Les droits sont ouverts pour une durée d'un an renouvelable.

Pour les étrangers en situation irrégulière qui n'ont pas fait la demande d'AME ou qui ne justifient pas de la durée de séjour minimale ou dont la demande a été refusée, il existe un dispositif dérogatoire destiné à la prise en charge des soins urgents, c'est-à-dire ceux « dont l'absence mettrait en jeu 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 ». Les soins qui sont destinés à éviter la propagation d'une maladie (comme la tuberculose) sont également concernés. Au total, ces soins urgents ne représentent que 4,3% des sommes consacrées à l'AME. Enfin, de façon encore plus marginale, pour les personnes étrangères qui ne résident pas en France mais qui ont des besoins de soins qui ne peuvent pas être donnés dans leur pays d'origine, mais aussi pour les personnes qui rencontrent des problèmes de santé lors de leur séjour en France, il existe une AME à titre humanitaire qui relève du ministère des Affaires sociales et non de la Sécurité sociale. Très peu de dossiers sont acceptés chaque année.

En 2018, les dépenses relatives à l'AME se sont élevées à 943 millions d'euros. Ceci représentait 0,58% de la dépense publique d'Assurance-maladie. Pour 2019, le montant moyen annuel estimé des dépenses par bénéficiaire est de l'ordre de 3 500 euros. Comme pour la population générale, cette moyenne cache des disparités importantes puisque des analyses réalisées en 2014 indiquaient que 75% des bénéficiaires avaient une dépense inférieure à 1 000 euros et 3% supérieure à 10 000 euros. En ce qui concerne la structure de la dépense, il faut noter que, pour cette même année, les coûts d'hospitalisation représentaient 70% du montant global, contre moins de 50% pour la population qui relevait du régime de droit commun.

L'augmentation de la dépense globale de l'AME au cours de ces dernières années, passée de 661 à 943 millions d'euros entre 2010 et 2018 (en restant toujours très modique par rapport à la dépense d'Assurance-maladie obligatoire), est davantage corrélée à la progression du nombre de bénéficiaires qu'à la croissance de la dépense individuelle. Entre 2012 et 2017, les dépenses ont augmenté de 38% mais 25% de personnes supplémentaires ont eu accès à cette aide. Début 2018, l'AME comptait

316 000 bénéficiaires contre 230 000 en 2010, soit une augmentation de l'ordre de 4,6% par an sur cette période. Cette population n'est pas répartie uniformément sur le territoire national. Les caisses d'Assurance-maladie de la région parisienne concentrent plus des deux tiers des bénéficiaires, majoritairement des personnes jeunes (entre vingt et quarante-cinq ans).

Même si, par définition, il est difficile d'évaluer le nombre d'étrangers en situation irrégulière (les estimations oscillent dans une fourchette très large qui va de 300 000 et 400 000 personnes) et le nombre de personnes éligibles à l'AME, il apparaît néanmoins qu'à l'instar d'autres prestations sociales, le non-recours est significatif. Selon les analyses réalisées auprès des patients par les associations impliquées sur ces questions, ce phénomène s'explique par quatre grands facteurs : la méconnaissance du dispositif, les exigences administratives, qui imposent la présentation de documents parfois difficiles à établir (notamment la justification d'une domiciliation), les difficultés linguistiques, qui limitent la possibilité d'échanges efficaces avec l'administration, et la crainte de l'interpellation, qui crée de l'hésitation à entreprendre des démarches.

À ce tableau, il faut encore ajouter le fait que l'accès à la prestation est dépendant des pratiques des services chargés de l'examen des demandes au sein des caisses primaires d'Assurance-maladie (CPAM). Ces derniers sont soumis à de fortes exigences de productivité qui, comme l'a montré Céline Gabarro à partir d'une enquête de terrain approfondie menée dans plusieurs centres de traitement, peuvent favoriser les retards dans la prise en charge et parfois les refus[2]. Au sein des caisses où l'étude a été réalisée, les observations montrent, en effet, que chaque dossier, considéré comme complet et acceptable par les gestionnaires de l'AME, est revérifié par un contrôleur. Si des erreurs sont constatées, cela peut avoir des conséquences sur l'évaluation et la note de l'agent responsable. Pour limiter le risque de se retrouver dans cette situation et compte tenu du fait que la liste des documents permettant de prouver la stabilité de trois mois de résidence n'est pas exhaustive et comporte une certaine marge d'appréciation quant à l'application des règles, les gestionnaires ont tendance à privilégier les retours au demandeur pour complément d'information. Si ce dernier ne respecte pas le délai de trente jours pour répondre, le retard de traitement de la demande se transforme en « refus implicite », ce qui, sur le plan du management, a pour avantage d'accroître la productivité dans l'examen des dossiers.

Ces pratiques trouvent leur prolongement dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de l'association Médecins du monde où il est constaté que seule une petite minorité (autour de 15%) des patients éligibles à l'AME a effectivement des droits ouverts[3]. Notons cependant que, même dans ce cas, les migrants malades n'ont pas forcément la possibilité d'être pris en charge par la médecine de ville car il existe des situations de refus de soins, directs ou indirects (par réorientation immédiate vers l'hôpital, notamment).

La fraude fait partie des maux couramment attribués à l'AME. Les travaux

menés sur le sujet relèvent quatre éléments sensibles de ce point de vue : la déclaration d'identité, la déclaration de résidence, la date d'entrée sur le territoire et la déclaration de ressources. En 2014, la Caisse nationale d'Assurance-maladie (CNAM) avait détecté 54 dossiers frauduleux pour un préjudice global de 130 000 euros. Pour 2018, la commission des affaires sociales du Sénat relève que 38 signalements remontés à la CPAM de Paris ont fait l'objet de pénalités financières pour un montant global de 131 460 euros. Ces données montrent le caractère très limité de la fraude et le peu d'importance qu'elle représente au regard des prestations versées mais aussi en considération des estimations habituellement formulées sur l'évasion sociale, qui affecte lourdement la Sécurité sociale, et qui se chiffre en milliards d'euros. La fraude ne constitue donc pas une explication convaincante du niveau et de l'augmentation de la dépense liée à l'AME. L'efficacité de la mise en œuvre de ce dispositif est plutôt à questionner sur le plan de sa sous-utilisation et de ses effets réels sur la santé des populations.

En premier lieu, il faut souligner que, lorsqu'ils quittent leur pays, les migrants sont, en moyenne, en meilleure santé que la population du pays d'origine. Ce phénomène est connu sous le terme de *healthy migrant effect*. Il s'explique facilement. Se projeter dans un parcours de migration, souvent long et difficile, nécessite d'être en bonne santé. C'est aussi un atout pour trouver du travail et un revenu dans le pays d'accueil, atout dont les candidats au départ ont bien conscience. D'autres raisons, telles que le regroupement familial ou l'espoir d'échapper à l'insécurité et aux conflits armés – qui a joué un rôle important ces dernières années – constituent aussi des motivations très présentes. Même si certains responsables politiques mettent l'accent sur la forte attractivité du système de santé français, suspecté de générer du « tourisme sanitaire », les raisons médicales restent très marginales dans la décision de migrer. Malgré leur bon capital santé de départ, les traumatismes vécus par les migrants lors de leur parcours, les discriminations et la mauvaise qualité générale des conditions d'accueil entraînent malheureusement une dégradation assez rapide de leur état de santé. Elle touche les personnes en situation irrégulière mais aussi celles qui disposent d'un titre de séjour comme le montrent, par exemple, les comptes rendus d'activité des centres de soins de Médecins du monde.

En matière de santé publique, le premier bénéfice que produit l'AME est d'ouvrir une possibilité d'accès aux soins à plus de 300 000 personnes même si, en raison du non-recours, cet accès n'est pas effectif pour tous ceux qui en auraient besoin. Les données sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME sont réduites mais certaines informations existent sur les services auxquels ils font appel. Elles apportent des éléments de réponse sur les besoins couverts. Le premier point qui mérite d'être signalé est le taux d'hospitalisation. Comme nous l'avons souligné plus haut, il apparaît plus élevé que pour la population générale. Ceci signifie que l'AME permet de prendre en charge des états de santé dégradés qui, sans elle, pourraient conduire à des menaces vitales pour les individus. Mais ce

constat nous alerte aussi sur le fait que le fonctionnement du dispositif ne permet pas un accès optimal aux soins de premier recours, ce qui entraîne une complication et une aggravation des situations.

L'étude des pathologies des bénéficiaires de l'AME hospitalisés apporte des renseignements plus précis sur cet aspect. Cette population souffre de pathologies similaires à celles des assurés sociaux mais avec une prévalence plus forte du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose. On constate aussi que les séjours hospitaliers pour grossesses et accouchements sont deux à quatre fois plus nombreux que les séjours enregistrés pour la population générale. Les insuffisances de la prise en charge primaire limitent par ailleurs les possibilités de prise en charge des séquelles traumatiques des personnes qui ont subi des violences dans leur pays d'origine ou au cours de leur parcours migratoire.

Une autre indication des effets de la situation de la couverture sociale est de relever les problèmes de santé identifiés dans les CASO de Médecins du monde. La patientèle est constituée à 97% de personnes de nationalité étrangère, dont 74% issus de l'Afrique subsaharienne et du Maghreb. Les données montrent que 85,4% des patients en situation irrégulière (qui représentent 61,7% des étrangers majeurs accueillis) reçus pour la première fois dans les centres de santé étaient dépourvus de toute couverture sociale en 2018. Au bout d'un an, ils sont encore 79,3%. Une analyse comparative des motifs de consultation entre les patients de médecine générale de ville et ceux des CASO montre que ces derniers sont plus fréquemment atteints par les maladies chroniques, les troubles d'ordre psychologique, les infections aiguës hivernales, les hépatites virales, les problèmes cutanés digestifs et respiratoires.

Ces difficultés, qui sont aussi à mettre en relation avec la précarité socio-économique (mauvaises conditions de logement et d'alimentation, en particulier), indiquent que l'absence de couverture sociale ou, dans une moindre mesure, les difficultés d'accès à cette couverture, lorsqu'elle ne s'inscrit pas dans un dispositif plus simple de droit commun, contribuent à la détérioration des situations. En effet, les problèmes de santé considérés comme urgents ou assez urgents s'élèvent à 40,4% pour les patients des CASO et près de 70% des patients atteints de maladies chroniques présentent des retards de traitement. Malgré ces imperfections et les difficultés dans le suivi médical qui lui sont liées, il faut souligner que l'AME constitue quand même une protection minimale indispensable contre les problèmes de santé des migrants. De façon plus générale, elle contribue à la santé publique en limitant la propagation des maladies contagieuses. En effet, même quand les migrants arrivent sur le sol français en bonne santé, les situations de grande précarité auxquelles ils sont confrontés les exposent à des pathologies contagieuses qui demandent à être traitées rapidement et efficacement pour éviter leur propagation.

Le fait que l'AME soit déjà une prestation sociale qui isole et marginalise les étrangers en situation irrégulière dans une catégorie à part et qui expose à une moins bonne prise en charge sanitaire ne fait pas obstacle à des

attaques politiques régulières qui lui reprochent sa trop grande « générosité ». Ces attaques s'appuient sur des arguments bien connus qui convoquent notamment le caractère infondé d'une prise en charge qui dépasse les frontières de l'urgence, la non-maîtrise de la dépense et son coût pour la collectivité, la légitimité d'une prestation qui s'adresse à des populations qui ne respectent pas les conditions requises pour séjourner sur le territoire français et qui (facteur aggravant) ne contribuent pas à son financement tout en étant suspectées de venir profiter d'un système socio-sanitaire favorable en usant parfois de la fraude. Le gouvernement actuel, relayé par d'autres forces politiques, développe un discours qui va dans ce sens et qui plaide pour un durcissement des conditions d'accès avec la mise en place d'une contribution pour les bénéficiaires et une réduction significative du panier de soins pris en charge. Au-delà de ces considérations, on voit clairement se dessiner un positionnement qui instrumentalise la question de l'AME pour défendre une politique plus restrictive sur l'immigration, supposée répondre aux aspirations du plus grand nombre.

Face à ces critiques, une première réponse conduit à défendre l'AME comme une dépense qui, certes, représente un coût relativement élevé en valeur absolue, mais qui contribue positivement à la santé publique et qui permet d'éviter d'autres coûts qui seraient plus importants pour la collectivité. En effet, les mesures de restriction proposées ne pourraient qu'accroître les difficultés d'accès aux soins primaires, les retards dans la prise en charge, l'aggravation des situations, le recours plus fréquent et obligé aux urgences et autres services hospitaliers – car la société ne peut décemment pas rester sans réagir face à des situations qui peuvent menacer la vie des personnes – et, au final, contribuer à désorganiser davantage le système et augmenter les dépenses.

Mais il apparaît pertinent d'aller plus loin. Plus précisément, de soutenir l'idée d'une fusion de l'AME dans la PUMA. Cette proposition, défendue par diverses forces de la société civile et par différentes autorités publiques dont le Défenseur des droits – qui n'est pas le moins autorisé à s'exprimer sur le sujet –, s'appuie à la fois sur des arguments juridiques, de santé publique et économiques.

Sur le plan juridique, l'AME, comme nous l'avons dit en introduction, apparaît fragile au regard des textes internationaux sur le droit aux soins. S'agissant plus précisément de la législation française, des juristes ont noté que certaines dispositions (par exemple, le remplacement du critère de résidence par le critère de régularité de séjour) et certaines pratiques de gestion de la prestation apparaissent en contradiction avec les principes de la Constitution et avec les fondements de la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas considérés comme des assurés sociaux et ne disposent pas de carte Vitale. Cette situation complique et ralentit l'accès aux droits par l'exigence de justificatifs parfois difficiles à obtenir mais occasionne aussi des périodes de rupture de droits avec de nouvelles démarches à entreprendre lorsque les personnes passent d'un

statut à l'autre (demandeur d'asile à débouté du droit d'asile, notamment). Mais l'accès aux droits ne se traduit pas forcément par un accès aux soins satisfaisants. À côté du refus, par certains professionnels, de prendre en charge ces populations, il faut souligner que l'AME ne permet pas de bénéficier des programmes de prévention de l'Assurance-maladie. Elle n'implique pas non plus le suivi par un médecin traitant ni d'être inscrit dans un parcours de soins coordonné. Ces insuffisances dans l'accompagnement en santé conduisent à des taux de couverture vaccinale très en dessous de la population générale ; ainsi, près de la moitié des patients des CASO de plus de quinze ans ne sont pas vaccinés contre le DTPolio. Sur le plan de la santé publique, le tableau est donc doublement problématique : la prise en charge des migrants en situation irrégulière est mal assurée et la protection de la population contre les maladies peut se trouver amoindrie.

En ce qui concerne les aspects économiques, notons tout d'abord que l'objectif de réduction des coûts avancé par les tenants du durcissement de l'AME ne résiste pas à l'analyse. L'exclusion du régime de droit commun et la restriction de l'accès aux soins des migrants sans papiers par le gouvernement espagnol en 2012 se sont avérées complètement contreproductives et un retour à la situation initiale a été décidé. Une étude récente réalisée dans quatre pays européens montre également que la prise en charge précoce des besoins de santé des migrants génère des économies significatives compte tenu du moindre recours aux hospitalisations. Or, nous l'avons vu, l'AME ne permet pas d'accéder aux services de soins primaires dans des conditions satisfaisantes. Une généralisation de la PUMA à toute la population présente sur le territoire indépendamment de la légalité du séjour permettrait d'accroître l'efficacité économique en supprimant les lourdeurs de gestion de l'AME et, surtout, en améliorant la prise en charge des soins de premier recours et en réduisant les hospitalisations.

À rebours des progrès permis par l'universalisation de l'Assurance-maladie, consolidée par la PUMA en 2016, et la simplification opérée à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019 par la fusion de la CMUc et de l'ACS dans la complémentaire santé solidaire, la tentation semble aujourd'hui grande de céder aux sirènes qui prônent un renforcement des logiques clivantes. Or, on sait par expérience que la fragmentation des systèmes sociaux a tendance à nourrir les incompréhensions et les ressentiments au sein de la population et à fragiliser l'adhésion collective à la Sécurité sociale, chacun s'estimant moins bien traité que le voisin. Il serait au contraire souhaitable de rompre avec cette politique et de revenir au principe d'universalité. Cela veut dire progresser vers une unification de la couverture santé qui permettrait aux migrants en situation irrégulière de s'inscrire dans les dispositifs sociaux et sanitaires ouverts à la population générale. Cette politique aurait également l'avantage de considérer la question de la santé des migrants comme résultante d'une politique d'intégration raisonnée et non d'une politique d'immigration incontrôlée.



---

**[1]** À partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMUc et l'ACS sont fusionnées dans la couverture santé solidaire (CSS).

**[2]** Céline Gabarro, « Les demandeurs de l'aide médicale de l'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, vol. 28, n° 2, pp. 35-56.

**[3]** Les données liées à l'activité des CASO présentées dans ce texte sont issues du rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de l'association Médecins du monde pour l'activité 2018.