

# Il ne faut pas restreindre ni supprimer l'aide médicale d'État (AME)

## State Medical Assistance for Undocumented Immigrants Must Not Be Restricted or Abolished

A.-L. Feral-Pierssens · S. Charpentier · F. Dumas · D. Pateron · M. Noizet · B. Riou

Reçu le 24 novembre 2023 ; accepté le 27 novembre 2023  
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

La menace de suppression ou de restriction de l'aide médicale d'État (AME) est une fois de plus brandie dans l'espace public et politique à l'occasion de l'examen du projet de loi Asile et immigration. Cette mesure a été votée et introduite dans le projet de loi par le Sénat le 7 novembre dernier. Si elle était confirmée à l'Assemblée nationale, cela limiterait considérablement l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, une population pourtant déjà particulièrement vulnérable et éloignée du soin. Cela aurait alors pour conséquence l'aggravation de leur état de santé et reporterait inévitablement les soins plus complexes et plus coûteux sur le système hospitalier public et sur les services d'urgence. Cette mesure s'inscrirait en totale contradiction avec les principes de droits à la protection de la santé et à l'accès aux soins pour toutes et tous sur le territoire français et européen, et irait à l'encontre des objectifs affichés de santé publique et de réduction des dépenses publiques [1,2].

L'AME qui est régulièrement prise pour cible est une nouvelle fois sous le feu des critiques mêlant politiques de santé et politiques migratoires. La restriction du périmètre de l'AME ou sa suppression aurait des effets collatéraux majeurs pour les structures d'urgence déjà particulièrement sollicitées. Il apparaît ainsi nécessaire d'apporter quelques éléments d'éclairage et d'alerter sur les risques encourus par les patients d'une part et par la collectivité d'autre part.

### Dispositif

En France, l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est principalement garanti grâce à l'AME de droit commun. Ce dispositif de protection sociale concernait, en 2022, 415 000 bénéficiaires (0,6 % de la population habitant en France) pour un budget estimé à environ un milliard d'euros, soit moins de 0,5 % des dépenses totales de santé [3]. L'AME permet aux étrangers n'ayant pas ou plus de titre de séjour valide de bénéficier d'une prise en charge de leurs soins, en ville et à l'hôpital, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale avec un panier de soins assez large. Ce dispositif ne peut être attribué que si le patient fait la preuve d'une résidence stable sur le territoire français depuis au moins trois mois et sous condition de ressource [4].

L'AME est attribuée pour une durée d'un an et les démarches doivent être renouvelées annuellement, ce qui complexifie largement le parcours. Certains soins et traitements non urgents ne sont que peu ou pas pris en charge (soins dentaires, optiques), et d'autres nécessitent des démarches complémentaires et l'établissement d'une autorisation préalable soumise à une exigence de durée de résidence prolongée (cataracte, prothèse de genou...).

Il s'agit d'un dispositif mal connu et difficile d'accès pour les étrangers en situation irrégulière [5]. Il contribue à la

---

A.-L. Feral-Pierssens (✉)  
UMR 3412, LEPS, et Samu 93-Urgences,  
Université Sorbonne Paris-Nord, hôpital Avicenne,  
Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP),  
F-93000 Bobigny, France  
e-mail : anne-laure.feral-pierssens@aphp.fr

Sciences Po Paris, LIEPP, F-75007 Paris, France

S. Charpentier  
CERPO Inserm et services des urgences adultes,  
CHU Toulouse-Rangueil et Toulouse Purpan,  
université Paul-Sabatier, F-31059 Toulouse, France

F. Dumas  
Service des urgences-Smur, université Paris-Cité,  
hôpitaux Cochin-Hôtel Dieu, AP-HP, F-75015 Paris, France

D. Pateron  
Service des urgences, Sorbonne Université,  
hôpital Saint-Antoine, AP-HP, F-75012 Paris, France

M. Noizet  
Structure d'accueil des urgences,  
groupe hospitalier Mulhouse et Sud Alsace,  
F-68100 Mulhouse, France

B. Riou  
UMR Inserm 1166, IHU ICAN, service d'accueil des urgences,  
Sorbonne Université, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP,  
F-75013 Paris, France

santé individuelle et collective en France, mais est pourtant régulièrement suspecté, à tort, d'être un facteur déterminant des parcours migratoires et un poste de dépense trop important. Pourtant, les travaux démographiques et épidémiologiques s'étant concentrés sur les motifs de migration rapportent que la migration pour seule raison de santé ne concerne en réalité qu'une frange marginale des immigrants en situation irrégulière [6,7]. De surcroît, on estime que la moitié des étrangers éligibles à l'AME n'y ont pas recours durant leur première année en France. Cela concerne encore 35 % des étrangers cinq ans après leur arrivée, y compris parmi ceux atteints de maladies chroniques qui devraient pourtant bénéficier d'un suivi médical régulier et de traitements adaptés [8]. Ces données vont à l'encontre des critiques non documentées contre l'AME en tant que dispositif incitant à la migration ou à la pérennisation des étrangers sur le territoire.

Lorsque les étrangers en situation irrégulière ne remplissent pas les conditions d'éligibilité à l'AME et s'ils ont nécessité des soins, ils peuvent bénéficier du dispositif « Soins urgents et vitaux (SUV) ». Ce dispositif permet la prise en charge par l'assurance maladie de soins urgents à toute personne étrangère ne bénéficiant d'aucun autre mode de protection sociale et n'étant pas admise au titre de l'AME. Ce dispositif concerne notamment « *les soins 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 de l'enfant à naître* », les soins concernant les femmes enceintes et les nouveau-nés ainsi que ceux destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou la collectivité [4]. Ce dispositif permet aux établissements de santé d'imputer les frais liés à ces prises en charge à l'assurance maladie plutôt que de les conserver en créances non recouvertes. Il ne s'agit pas d'une aide ou d'une protection sociale, mais d'un dispositif comptable que l'établissement sollicite pour un séjour et des soins précis et qui, en 2022, représentait 70 millions d'euros, soit 0,02 % des dépenses totales de santé [3].

### **État de santé et recours aux soins des étrangers en situation irrégulière**

Les étrangers en situation irrégulière, du fait notamment d'un biais de sélection par la migration (*healthy migrant effect*), arrivent en France plutôt en bonne santé, mais leurs conditions de vie et de travail précaires, majorées par l'isolement social qu'ils subissent, les exposent au fur et à mesure du temps à des risques de santé importants (maladies chroniques, transmissibles, psychiques, traumatologie, périnatalité complexe et risque accru de décès maternel) [9–12]. En cas de besoin de santé, leur faible littératie en santé, leur méconnaissance du système de santé et des dispositifs administratifs dont ils pourraient bénéficier et parfois leurs craintes d'être dénoncés les amènent à retarder leurs recours aux

soins, à rechercher des alternatives et à s'orienter parfois bien plus tard vers les services d'urgence [5].

L'AME participe ainsi à l'amélioration de la trajectoire et du parcours de soins des étrangers en situation irrégulière. Parmi eux, le recours à l'AME est associé à une augmentation du recours aux soins de ville plutôt qu'aux services d'urgences ou aux associations [13]. D'autres travaux mettent en évidence des profils de consommation de soins similaires entre les bénéficiaires de l'AME et les ménages à faibles revenus bénéficiant d'une couverture sociale proche [14]. Ainsi, le recours à l'AME semble être un dispositif permettant l'utilisation rationnelle du système de santé pour une population particulièrement vulnérable et son intégration dans le système de soins. L'introduction de nouvelles entraves à l'accès aux soins ne ferait que fragiliser et déstructurer ces parcours.

### **Restriction de l'AME et augmentation du recours aux urgences**

Dans la population générale, un faible niveau de protection sociale est associé à une augmentation du renoncement aux soins, à la rupture de suivi ou de traitements de maladies chroniques, à la survenue de complications, à une augmentation du recours aux soins d'urgence et in fine à la nécessité de soins hospitaliers complexes et plus coûteux [15–22]. En Espagne, la suppression du dispositif de protection sociale des étrangers en situation irrégulière a été associée à une augmentation de leur taux de mortalité, à l'augmentation de l'incidence de certaines maladies infectieuses et à un recours accru aux services d'urgence [23–25]. Ces résultats ont notamment mené à la réinstauration d'un dispositif de protection sociale pour cette population. De la même façon aux États-Unis, au titre du bénéfice collectif et de l'utilisation rationnelle du système de santé, certains médecins plaident pour l'élargissement du périmètre de la protection sociale et de la prise en charge médicale proposées aux étrangers en situation irrégulière [26].

En supprimant l'AME et en limitant leur accès aux soins, le législateur accentuerait le renoncement aux soins d'une population déjà précaire, augmentant les retards au diagnostic et aux traitements. Le projet de restriction de l'AME ou de sa transformation en « aide médicale d'urgence » aurait un impact majeur sur l'état de santé de ces personnes et loin de limiter les dépenses, il reporterait sur l'hôpital public et sur les services d'urgence en particulier le poids de ces décisions politiques très éloignées de la réalité. En France, les résultats préliminaires d'une étude médicoéconomique portant sur les séjours hospitaliers des étrangers en situation irrégulière en France depuis 2011 semblent indiquer que le surcoût d'un séjour est nettement plus important lorsqu'il est fait au titre du dispositif SUV par rapport à l'AME à motif d'hospitalisation équivalent (<https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/acces-aux-soins-des-populations-precaires>).

html). Si les services d'urgence ont aussi pour rôle celui de filet de sécurité pour certaines populations particulièrement précaires, il est impératif de préserver les dispositifs qui permettent aux patients d'être pris en charge correctement en dehors de l'urgence dans un parcours de soins adapté permettant l'accès aux soins de prévention et de suivi.

Il est indispensable d'éviter les confusions entre politiques de santé et politiques migratoires, de favoriser l'amélioration de l'accès aux soins de prévention et de suivi des étrangers en situation irrégulière et de s'opposer aux réductions aveugles de leurs droits à l'accès aux soins au détriment de leur état de santé et du système hospitalier public déjà fragilisé par les crises successives. Ce sont des mesures de bon sens, soutenues par les données des sciences médicales, économiques et sociales, et qui s'intègrent dans les droits de l'Homme et le Serment d'Hippocrate que tous les médecins ont prononcé un jour [27].

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Conseil de l'Europe (1950) Convention européenne des droits de l'homme. Accessible: <https://www.echr.coe.int/fr/european-convention-on-human-rights> (Dernier accès le 13 novembre 2023)
2. Conseil de l'Europe (1999) Charte sociale européenne révisée. Droit à une protection sociale ou à une aide sociale. <https://rm.coe.int/168007cf94> (Dernier accès le 13 novembre 2023)
3. République française (2022) Projets annuels de performances — Santé. <https://www.budget.gouv.fr/documentation/documents-budgetaires/exercice-2022/le-projet-de-loi-de-finances-et-les-documents-annexes-pour-2022/budget-general/sante> <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/article-11#:~:text=Pour%20se%20conformer%20%C3%A0%20l,n%C3%A9cessaires%20en%20cas%20d'%C3%A9pid%C3%A9mie> (Dernier accès le 13 novembre 2023)
4. République française (2019) Code de l'action sociale et des familles. Article L251 et 254-1. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041474140](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041474140) (Dernier accès le 13 novembre 2023)
5. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L (2015) Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthcare Policy* 8:173–83
6. Institut national d'études démographiques (INED) (2023) Titres de séjour par motif d'admission. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/flux-immigration/motif-admission/> (Dernier accès le 13 novembre 2023)
7. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J (2019) Access to state medical aid by undocumented immigrants in France: first findings of the "Premiers pas" survey. *Question de Santé* 245:1–8
8. Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Sarhiri J, Wittwer J (2023) Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France. *Health Econ Policy Law* 18:32–48
9. McDonaled JT, Kennedy S (2004) Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 59:1613–27
10. Tapie de Cleyran F, Astre H, Aras N, et al (2017) Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *BEH* 19–20:396–404
11. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J (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* 245:1–6
12. Vignier N, Moussaoui S, Marsaudon A, et al (2022) Burden of infectious diseases among undocumented migrants in France: results of the Premiers Pas survey. *Front Public Health* 10:934050
13. Marsaudon A, Jusot F, Wittwer J, Dourgnon P (2019) 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* 280:1–6
14. 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'État. *Questions de santé* 284:1–6
15. Guillon M, Celse M, Geoffard PY (2018) Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France. *Eur J Health Econ* 19:327–40
16. Erkens C, Tekeli B, Van Soelingen D, et al (2022) Recurrent tuberculosis in the Netherlands — a 24-year follow-up study, 1993 to 2016. *Eurosurveillance* 27:21000183
17. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W (2015) Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. *World Health Organization. Regional Office for Europe* 2015 <https://iris.who.int/handle/10665/326342> (Dernier accès le 13 novembre 2023)
18. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, et al (2010) Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 303:1159–66
19. Wickham S, Taylor P, Shevlin M, Bentall RP (2014) The impact of social deprivation on paranoia, hallucinations, mania and depression: the role of discrimination social support, stress and trust. *PLoS One* 9:e105140
20. Pjuades-Rodriguez M, Timmis A, Stogiannis D, et al (2014) Socioeconomic deprivation and the incidence of 12 cardiovascular diseases in 1.9 million women and men: implications for risk prediction and prevention. *PLoS One* 9:e104671
21. Marshall IJ, Wang Y, Crichton SL, et al (2015) The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *Lancet Neurol* 14:1206–18
22. Feral-Pierrsens AL, Rives-Lange C, Matta J, et al (2020) Forgoing health care even under universal health insurance: the case of France. *Int J Pub Health* 65:617–25
23. Juanmartei Mestres A, López Casanovas G, Vall Castelló J (2021) The deadly effects of losing health insurance. *Eur Econ Rev* 131:103608
24. Prats-Urbe A, Brugueras S, Comet D, et al (2020) Evidences supporting the inclusion of immigrants in the universal healthcare coverage. *Eur J Public Health* 30:785–7
25. Peralta-Gallego L, Gene-Badia J, Gallo P (2018) Effects of undocumented immigrants exclusion from health care coverage in Spain. *Health Policy* 122:1155–60
26. Santos PM, Shah K, Gany F, Chino F (2023) Health care reform and equity for undocumented immigrants — when crisis meets opportunity. *N Engl J Med* 388:771–2
27. Abbas A, Cherfan AA, Abdel-Kader J, et al (2023) L'appel de 3 000 soignants : « Nous demandons le maintien de l'aide médicale d'État pour la prise en charge des soins des personnes étrangères ». *Le Monde*, 2 novembre 2023. [https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/11/02/l-appel-de-3-000-soignants-nous-demandons-le-maintien-de-l-aide-medecale-d-etat-pour-la-prise-en-charge-des-soins-des-personnes-etrangeres\\_6197818\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/11/02/l-appel-de-3-000-soignants-nous-demandons-le-maintien-de-l-aide-medecale-d-etat-pour-la-prise-en-charge-des-soins-des-personnes-etrangeres_6197818_3232.html) (Dernier accès le 23 novembre 2023)