



RAPPORT SUR L'AIDE MEDICALE DE L'ÉTAT

À l'attention
du ministre de l'intérieur et de l'outre-mer,
du ministre de la santé et de la prévention
et de la ministre déléguée
chargée de l'organisation territoriale
et des professions de santé

Établi par

Claude EVIN
Ancien ministre

Patrick STEFANINI
Conseiller d'État
honoraire

avec l'appui de l'inspection générale de l'administration
et de l'inspection générale des affaires sociales

Décembre 2023

SOMMAIRE

Introduction.....	6
1 L'AME, un dispositif sanitaire utile et globalement maîtrisé mais qui subit l'augmentation récente du nombre de ses bénéficiaires et mérite d'être adapté.....	8
1.1 L'AME un dispositif globalement maîtrisé mis sous pression par l'augmentation récente du nombre de ses bénéficiaires.....	8
1.1.1 <i>L'augmentation du coût du dispositif est la conséquence directe de celle du nombre de bénéficiaires.....</i>	<i>8</i>
1.1.2 <i>Le contrôle de la délivrance des droits par les services de l'assurance maladie amélioré par les mesures mises en œuvre depuis 2019 pourrait encore être renforcé</i>	<i>13</i>
1.2 Un droit central pour l'accès aux soins des étrangers sans titre de séjour en situation de précarité que l'amendement voté par le Sénat remet partiellement en cause.....	15
1.2.1 <i>Un dispositif correctement cadré sur le plan réglementaire et largement opérationnel.....</i>	<i>15</i>
1.2.2 <i>Limites et risques du remplacement de l'AME par une AMU adopté par le Sénat</i>	<i>19</i>
1.3 L'accès aux soins, un facteur parmi de nombreux autres déterminants de la migration	22
1.3.1 <i>L'AME n'apparaît pas comme un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration, mais elle contribue au maintien en situation de clandestinité d'étrangers dont elle est parfois le seul droit</i>	<i>22</i>
1.3.2 <i>La difficile comparaison des conditions d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière en Europe occidentale</i>	<i>23</i>
2 Des pistes de propositions d'évolutions destinées à renforcer la confiance dans le fonctionnement de l'aide médicale de l'État et l'efficacité des soins	27
2.1 Compléter les mesures prises en matière de contrôles	27
2.1.1 <i>L'émancipation des majeurs ayants-droits</i>	<i>27</i>
2.1.2 <i>Le resserrement de la vérification des conditions d'accès</i>	<i>27</i>
2.1.3 <i>L'accès à des moyens de contrôle supplémentaires pour les CPAM</i>	<i>28</i>
2.1.4 <i>Renforcer le suivi analytique de la population des bénéficiaires de l'AME et la consommation de soins</i>	<i>29</i>
2.1.5 <i>Envisager de porter la durée de validité d'une admission à l'AME à 2 ans pour alléger les formalités administratives et faciliter le renforcement des mesures de contrôle</i>	<i>29</i>
2.2 Réduire les ruptures de droits et améliorer l'inclusion dans les parcours de soins	29
2.2.1 <i>Aligner le régime applicable aux demandeurs d'asile sur l'AME pour réduire les ruptures de statuts et de prises en charge</i>	<i>29</i>
2.2.2 <i>L'organisation à l'arrivée en France d'un bilan de santé pour les demandeurs d'asile et les primo-bénéficiaires de l'AME.....</i>	<i>31</i>
2.2.3 <i>L'informatisation de la carte de bénéficiaire</i>	<i>32</i>
2.2.4 <i>Envisager l'inclusion des bénéficiaires de l'AME dans des dispositifs de l'AM promouvant la prévention, facilitant l'organisation des parcours de soins coordonnés et renforçant leur efficacité et leur pertinence.....</i>	<i>32</i>
2.3 Renforcer la cohérence entre les politiques de l'Etat.....	33
2.3.1 <i>Le retrait du droit à l'AME pour les personnes frappées de mesures d'éloignement pour motif d'ordre public.....</i>	<i>33</i>

2.3.2	<i>L'introduction de l'examen d'une demande d'admission au séjour en amont du renouvellement des droits, une mesure débattue au sein de la mission</i>	34
2.4	Renforcer le suivi des pathologies qui engagent la collectivité dans des soins chroniques et lourds	35
2.4.1	<i>Étendre le recours à l'accord préalable</i>	35
2.4.2	<i>Des cohérences à trouver entre des prises en charge de soins chroniques et lourds et l'existence d'un dispositif de titre du séjour pour soins, une mesure débattue au sein de la mission</i>	37
2.4.3	<i>Une réflexion à ouvrir sur les risques d'initialisation de soins chroniques et coûteux avant l'admission à l'AME</i>	39
	Récapitulatif des propositions de la mission	42
	Autres pistes de propositions ne faisant pas consensus	42
	Annexes	43
	Annexe n° 1 : Lettre de mission	45
	Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées.....	47
	Annexe n° 3 : Données relatives à la consommation de soins des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents	50
	Annexe n° 4 : Tableau comparatif des conditions d'accès et de prise en charge des soins pour les ressortissants étrangers en situation régulière ou non	56
	Annexe n° 5 : Comparaison des conditions d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière en Europe occidentale	58
	<i>Allemagne</i> :.....	58
	<i>Belgique</i> :.....	67
	<i>Danemark</i> :.....	70
	<i>Espagne</i> :.....	72
	<i>Italie</i> :.....	77
	<i>Royaume-Uni</i> :.....	80
	<i>Suède</i> :.....	84
	<i>Suisse</i> :.....	94
	Annexe n° 6 : Amendement du Sénat.....	99
	Annexe n° 7 : Statistiques 2015-2023 des étrangers en France	100
	Annexe n° 8 : Évolutions départementales 2015-2023 des bénéficiaires de l'AME.....	101
	Annexe n° 9 : Les parcours.....	104

INTRODUCTION

Par lettre du 10 octobre 2023, vous nous avez chargés d'une mission d'évaluation du dispositif de l'aide médicale de l'État (AME). Cette lettre de mission, dont l'esprit nous a été précisé lors d'une réunion présidée par le directeur de cabinet de la Première Ministre le 11 octobre, nous demande d'objectiver autant que possible la situation, en particulier en mesurant l'effet des resserrements successivement introduits pour maîtriser la dynamique de l'AME et les efforts mis en œuvre dans la lutte contre la fraude. Il était également attendu de nous que nous propositions d'éventuelles pistes d'évolution pouvant porter tant sur le contenu du « panier » de soins couvert par l'AME que sur les délais de carence mis en œuvre pour la prise en charge des pathologies non urgentes. Sur ces sujets il s'agira de comparer ce qui est mis en œuvre dans d'autres pays européens, au regard d'un possible effet d'attractivité spécifiquement lié aux soins de santé, et de prendre en compte la nécessité de ne pas dégrader l'état de santé des personnes concernées ou la santé des populations dans un territoire et de ne pas mettre en difficultés les établissements de santé.

Cette mission s'inscrit dans le contexte fortement médiatisé de la discussion parlementaire du projet de loi « Contrôler l'immigration, améliorer l'intégration ». L'accélération de l'examen par l'Assemblée nationale du projet de loi a d'ailleurs conduit le gouvernement à anticiper la date à laquelle il souhaitait que notre rapport soit remis, du 15 janvier, échéance initialement fixée, au 4 décembre.

Malgré des délais très contraints, notre mission a auditionné une large diversité d'acteurs (directions ministérielles, services de l'assurance maladie, postes diplomatiques d'Europe occidentale, acteurs du système de santé et du monde associatif engagés dans l'aide aux populations en situation de précarité) et recueilli une documentation relativement abondante. Nous tenons à remercier toutes celles et tous ceux qui par leur disponibilité et leur réactivité se sont efforcés de répondre à nos demandes. Nous avons également pu nous référer au rapport des inspections générales des finances (IGF) et des affaires sociales (IGAS) de 2019 qui avait largement documenté le sujet et formulé des recommandations en partie mises en œuvre. Enfin, nous avons pu nous appuyer pour conduire nos travaux sur le soutien de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration.

Au terme de ses travaux, conduits sur un rythme soutenu, nous sommes parvenus à objectiver la situation dans ses enjeux les plus essentiels et à établir des constats apportant un éclairage complémentaire, et nous l'espérons utile, à un dossier objet de nombreuses attentions dans le débat public. Nous nous sommes tenus aux termes de la lettre de mission, dans la perspective non de supprimer l'AME mais d'y apporter les adaptations nécessaires. Il en résulte des hypothèses d'évolutions permettant de poursuivre la sécurisation du dispositif, de renforcer la confiance dans le fonctionnement de l'aide médicale de l'État, dont l'utilité sanitaire est confirmée, et d'améliorer l'efficacité des soins délivrés aux bénéficiaires de l'AME.

Les délais contraints dans lesquels nous avons été amenés à rédiger ce rapport peuvent expliquer le caractère inabouti de certaines pistes de propositions. Certaines mesures nécessiteront, si le gouvernement décide d'y donner suite, d'être approfondies sur le plan juridique, médical, technique, organisationnel ou financier en lien avec les services compétents, lorsque la mission n'a pas été en mesure de le faire faute de temps et, pour certains aspects, d'avoir pu s'appuyer sur une compétence médicale.

La première partie du rapport objective sous plusieurs angles les conditions dans lesquelles l'AME est mise en œuvre (l'évolution du nombre de bénéficiaires et de la consommation de soins, les contrôles mis en œuvre, les droits ouverts) et procède à une analyse de l'impact qu'entraînerait la substitution de l'AMU à l'AME, votée par le Sénat le 14 novembre dernier. Elle présente une

comparaison actualisée des dispositions en vigueur dans huit autres pays d'Europe occidentale tout en soulignant la difficulté à l'interpréter.

Il se dégage le constat d'un dispositif sanitaire utile, maîtrisé pour l'essentiel mais exposé à l'augmentation récente du nombre de ses bénéficiaires, en conséquence du nombre de personnes en situation irrégulière présentes sur le territoire, et qui mérite d'être adapté.

Il résulte des constats faits un certain nombre de propositions et des pistes de propositions, présentées dans la seconde partie, relatives aux modalités de contrôle qui pourraient être complétées, à l'évolution de certaines dispositions permettant de réduire les ruptures de droits et d'améliorer l'inclusion dans les parcours de soins, aux critères d'éligibilité qui pourraient être renforcés et enfin à l'amélioration du contrôle des prises en charge en particulier pour les soins chroniques les plus lourds.

Ce rapport est porteur d'une vision partagée des enjeux et pistes d'évolutions souhaitables de l'AME. Lorsque, par exception, nous ne nous rejoignons pas dans l'analyse des enjeux en matière de politique sanitaire ou de gestion des populations migrantes, nos visions différentes sont assumées et présentées dans le souci de contribuer à éclairer le débat, y compris par nos différends.

1 L'AME, UN DISPOSITIF SANITAIRE UTILE ET GLOBALEMENT MAITRISE MAIS QUI SUBIT L'AUGMENTATION RECENTE DU NOMBRE DE SES BENEFICIAIRES ET MERITE D'ETRE ADAPTE

Pour objectiver la manière dont fonctionne actuellement l'AME, nous nous sommes attachés à aborder cette question sous plusieurs angles, sanitaire, juridique, organisationnel ou financier, pour répondre à des questions essentielles pour les décideurs politiques comme pour l'opinion publique.

L'AME permet-elle d'atteindre les objectifs en matière d'accès aux soins pour lesquels elle a été créée ?

Le système français est-il effectivement plus généreux que les autres systèmes européens, avec quelles conséquences en matière d'attractivité sur les flux migratoires ? Quelles suites ont été données aux recommandations du rapport IGF-IGAS de 2019, avec quels résultats ? L'accès au droit est-il correctement contrôlé et des dérives ou abus sont-ils constatés ? Quelles seraient les conséquences du remplacement de l'AME par une AMU ?

Nos travaux nous ont par ailleurs conduits à analyser les liens existants entre les parcours de migration et d'intégration des personnes et les dispositifs dont elles peuvent bénéficier au titre de la protection ou de l'aide sociale pour accéder à des soins. L'AME est un dispositif à vocation humanitaire et sanitaire. Ses bénéficiaires ne sont pas en situation irrégulière parce qu'ils sont à l'AME mais ils peuvent bénéficier de l'AME parce qu'ils se trouvent et demeurent en situation irrégulière sur le territoire national. Cette relation de causalité est au cœur de la problématique et nous nous devons d'en analyser les interactions.

1.1 L'AME un dispositif globalement maîtrisé mis sous pression par l'augmentation récente du nombre de ses bénéficiaires

1.1.1 L'augmentation du coût du dispositif est la conséquence directe de celle du nombre de bénéficiaires

1.1.1.1 L'analyse du flux des bénéficiaires révèle des évolutions contrastées et marquées par une accélération récente

Objectiver les réalités et enjeux concernant l'AME passe par une analyse des flux des bénéficiaires et des divers paramètres les accompagnant. Les observations de la mission se sont basées sur les éléments fournis par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la direction générale des étrangers en France (DGEF) entre le 31/12/2015 et le 30/06/2023.

Le terme « bénéficiaires » de l'AME recouvre deux populations : les « assurés » et les ayants-droits. Les « assurés » sont les personnes qui portent directement les droits, les ayants-droits sont leurs enfants (mineurs et potentiellement jusqu'à l'âge de 20 ans), leurs conjoints, partenaires de PACS ou concubins, ainsi qu'une personne majeure « cohabitante » à charge. Les statistiques identifient les bénéficiaires, les « assurés » et les ayants-droits dont les mineurs.

L'observation des 7,5 dernières années montrent des évolutions contrastées selon les analyses géographiques, par tranche d'âge, par sexe ou des bénéficiaires/ayants-droits.

Le constat d'une récente accélération du nombre de bénéficiaires

Le nombre de bénéficiaires de l'AME a cru de près de 123.000 personnes entre la fin 2015 et la mi-2023, soit une progression de 39 % sur 7 ans et demi. Cependant cette forte croissance est le résultat d'une progression plus marquée à partir de 2019 et qui s'accélère encore en 2023 (cf. tableau 1). Le rapport IGAS-IGF de 2019 faisait le constat d'une relative stabilité sur la dernière

période. La situation a changé depuis 2019 (+ 5 % en 1 an), avec une forte croissance également due au COVID (+14 % sur la période 2020/2021), et actuellement une accélération réelle du nombre de bénéficiaires (+8 % en 2022 et +13,5 % sur les chiffres extrapolés de la mi-année pour 2023). L'accélération de l'accroissement du nombre de bénéficiaires de l'AME sur les dernières années est donc une réalité. Comme ce nombre est directement la conséquence de l'augmentation du nombre d'étrangers en situation irrégulière, tout laisse à penser qu'elle va se poursuivre en 2024 (augmentation annoncée de 10 à 15 % du nombre des demandeurs d'asile en 2023 et donc des futurs déboutés, maintien à un niveau élevé du nombre des mineurs non accompagnés arrivant en France, augmentation du nombre des franchissements irréguliers des frontières des pays membres de l'Union européenne).

Tableau 1 : évolutions 2015/2023 accélération du nombre de bénéficiaires

	fin-2015	Fin-2016	fin-2017	fin-2018	fin-2019	fin-2020	fin-2021	fin-2022	mi-2023	fin-2023
Bénéficiaires	316.314	311.310	315.835	318.106	334.546	382.899	380.762	411.364	439.006	466.000
Variations	nd	- 1,6 %	+ 1,5 %	+0,7 %	+5,2 %	+14,5 %	- 0,6 %	+ 8,0 %	+ 6,2 %	+ 13,5 %

Source : tableau mission – chiffres source CNAM – chiffres 2023 extrapolés linéairement du second trimestre

Bénéficiaires de l'AME et étrangers en situation irrégulière (ESI) sont des notions juridiques qui ne recouvrent pas les mêmes réalités

L'AME est communément présentée comme la couverture médicale apportée aux étrangers en situation irrégulière (ESI).

L'analyse montre néanmoins d'une part que tous les bénéficiaires de l'AME ne sont pas en situation irrégulière, et d'autre part que tous les ESI ne sont pas bénéficiaires de l'AME. Les deux notions ne se recoupent donc pas complètement et nécessitent d'être analysées plus en détail pour être en mesure de les comparer ou de les associer.

A la fin juin 2023, 107.967 bénéficiaires de l'AME sur les 439.006 (soit près de 25 %) étaient des mineurs de nationalité étrangère, c'est-à-dire des personnes qui ne sont pas juridiquement des étrangers en situation irrégulière. On peut donc en déduire qu'uniquement 75 % des bénéficiaires de l'AME sont des ESI. Entre la fin 2015 et la mi-2023, la croissance de ces derniers a été de 30 % (de 254.553 à 331.039), soit 9 points de moins de la croissance globale.

Par ailleurs, il existe des conditions d'octroi du bénéfice de l'AME. Il s'agit principalement de l'ancienneté de résidence effective et irrégulière sur le territoire et de conditions de ressources financières (octroi sous plafond maximal) ce qui ne permet pas à une partie des ESI, que nous ne sommes pas en mesure d'évaluer, d'accéder à l'AME. De plus, de nombreux ESI très marginalisés ne demandent pas l'AME faute d'en connaître l'existence. D'autres enfin n'y ont pas recours faute d'en ressentir le besoin ou par crainte des conséquences que pourraient avoir sur leur situation les démarches administratives nécessaires.

L'ensemble des ESI ne bénéficient donc pas de l'AME. L'approche du nombre d'ESI ne bénéficiant pas de l'AME est par définition difficile à déterminer. Les seules données existantes sur ce sujet sont celles de l'étude de l'IRDES de 2019 qui portait sur un panel de 1083 personnes en situation irrégulière (uniquement majeures) résidant à Paris et sur l'agglomération bordelaise. L'étude indique notamment que 51 % des personnes sont couvertes par l'AME, que 65 % sont en France depuis plus de 5 ans et que 9,5 % y sont venus pour un motif lié à la santé.

Une concentration territoriale des bénéficiaires laissant apparaître des spécificités départementales, notamment outre-mer

La première caractéristique territoriale de l'AME est une forte concentration des bénéficiaires. Cette concentration est d'abord une concentration francilienne avec une région qui totalise plus de 200.000 bénéficiaires de l'AME, soit plus de 55 % de la population des bénéficiaires en métropole (392.817 à la fin du deuxième trimestre 2023) alors que l'Île-de-France représente moins

de 20 % de la population résidant en France métropolitaine. De plus en Île-de-France, Paris et la Seine-Saint-Denis concentrent plus de la moitié des bénéficiaires régionaux (30 % du total métropolitain). Par ailleurs, si l'on ajoute à l'Île-de-France, les populations des départements des Bouches-du-Rhône, du Rhône, des Alpes-Maritimes et du Nord cela représente plus des 2/3 des bénéficiaires de l'AME. Enfin il faut additionner les populations des bénéficiaires de l'AME des 60 départements les moins dotés pour atteindre 10 % de la population métropolitaine bénéficiaire de l'AME. Le phénomène de concentration des bénéficiaires de l'AME est donc très marqué dans les territoires les plus peuplés.

La deuxième caractéristique géographique concerne l'outre-mer et plus particulièrement la Guyane. L'outre-mer (restreint pour l'AME aux 4 DROM) regroupe, à la fin du deuxième trimestre 2023, 10,5 % du total des bénéficiaires de l'AME (46.189 personnes), alors que ces territoires représentent 3,2 % du total de la population nationale. Le cas de la Guyane est encore plus marqué puisque ce département arrive en troisième position après Paris et la Seine-Saint-Denis pour le nombre de bénéficiaires de l'AME. Ce constat nous semble justifier que l'assurance maladie engage, en lien avec les services préfectoraux, une démarche visant à analyser et à caractériser les causes de cette situation et à identifier en tant que de besoin les dispositions qui pourraient permettre d'éviter des dérives ou des abus vis-à-vis de l'AME. La première explication qui vient à l'esprit est la facilité à atteindre la Guyane à partir du Surinam et du Brésil pour des migrants dépourvus de tout titre ou visa alors que les trois autres départements d'outre-mer sont protégés par leur insularité. De plus, la croissance comparée du nombre de ces personnes en outre-mer et en métropole fait apparaître une accélération entre 3 et 4 fois supérieure outre-mer (cf. tableau 2). L'analyse comparée de la situation en Guadeloupe et en Martinique, départements aux caractéristiques proches et situés dans la même zone géographique met en évidence un nombre de bénéficiaires de l'AME très différents ; ce constat pourrait également être approfondi par les services de l'assurance maladie et les préfetures pour essayer de comprendre ses causes.

Tableau 2 : situation de l'Outre-mer – évolutions 2015/2023

	Assurés			Ayants-droit			Bénéficiaires		
	fin-2015	mi-2023	Croissance	fin-2015	mi-2023	croissance	fin-2015	mi-2023	croissance
Guyane	9589	20.955	119 %	7730	18.859	144 %	17.319	39.814	130 %
Guadeloupe	2121	3334	57 %	1200	1714	43 %	3321	5048	52 %
Réunion	313	760	143 %	26	158	508 %	339	918	171 %
Martinique	87	302	247 %	15	107	613 %	102	409	301 %
Outre-mer	12.110	25.351	109 %	8971	20.838	132 %	21.081	46.189	119 %
Métropole	227.045	289.885	28 %	68.188	102.932	51 %	295.233	392.817	33 %

Source : tableau mission – chiffres source CNAM

La troisième caractéristique géographique concerne les situations disparates d'une dizaine de départements aux croissances supérieures à 100 % entre 2015 et 2023 du nombre des bénéficiaires de l'AME (pour une population de bénéficiaires supérieures à 1000). Il s'agit de l'Oise, la Marne, le Calvados, le Finistère, la Saône-et-Loire, l'Aisne, le Morbihan, les Côtes-d'Armor, les Pyrénées-Orientales et les Pyrénées-Atlantiques (cf. annexe 8). La croissance des ayants-droits supérieure à celle des « assurés », et notamment celle des mineurs est une piste d'explication que la mission n'a pas été en mesure d'approfondir au regard des délais contraints.

Enfin, on observe une croissance relative des ayants-droits par rapport aux « assurés » en métropole et outre-mer.

Des évolutions différenciées selon les tranches d'âge et le sexe

Le détail par tranche d'âge de l'évolution des bénéficiaires de l'AME en métropole montre une croissance près de trois fois plus forte entre 2015 et 2023 pour les mineurs (+65 %) et les personnes

plus âgées – au-delà de 60 ans (+75 %) que pour la tranche centrale des 18-59 ans (+23 %) (cf. tableau 3).

Le même phénomène peut être observé outre-mer même si toutes les tranches d'âge y sont en forte croissance (cf. tableau 4).

La croissance des mineurs est particulièrement marquée que cela soit en métropole (+65 %) ou outre-mer (+134 %). La croissance des assurés mineurs est aussi très forte, respectivement 132 % et 150 %. Ces derniers chiffres sont probablement à corréliser avec la croissance ces dernières années du nombre des mineurs non accompagnés.

Tableau 3 : évolutions 2015/2023 par tranche d'âge en métropole

	moins de 18 ans			de 18 à 59 ans			plus de 60 ans		
	fin-2015	mi-2023	Croissance	fin-2015	mi-2023	croissance	fin-2015	mi-2023	croissance
Assurés	4154	9654	132 %	209.535	256.917	23 %	13.356	23.314	75 %
Ayants-droit	48.635	77.353	59 %	18.698	24.017	28 %	855	1562	83 %
Bénéficiaires	52.789	87.007	65 %	228.233	280.934	23 %	14.211	24.876	75 %

Source : tableau mission – chiffres source CNAM

Tableau 4 : évolutions 2015/2023 par tranche d'âge en outre-mer

	moins de 18 ans			de 18 à 59 ans			plus de 60 ans		
	fin-2015	mi-2023	Croissance	fin-2015	mi-2023	croissance	fin-2015	mi-2023	croissance
Assurés	297	741	150 %	10.868	256.917	105 %	945	2302	144 %
Ayants-droit	8675	20.219	133 %	286	604	111 %	10	15	50 %
Bénéficiaires	8972	20.960	134 %	11.154	22.912	105 %	955	2317	143 %

Source : tableau mission – chiffres source CNAM

Enfin, concernant la répartition entre les hommes et les femmes, il apparaît que ces dernières restent minoritaires (44 %) mais que l'écart s'est resserré ces dernières années, la dynamique de progression des bénéficiaires ayant été sensiblement plus soutenue (+43 %) que pour les hommes (+36 %). Ces évolutions traduisent une évolution tendancielle du profil des bénéficiaires de l'AME (cf. tableau 5).

Tableau 5 : évolutions 2015/2023 par sexe

	Hommes			Femmes			Proportions h/f		
	fin-2015	mi-2023	Croissance	fin-2015	mi-2023	croissance	fin-2015	mi-2023	différence
Assurés	144.579	184.546	28 %	94.576	130.690	38 %	60/40	59/41	1 pt
Ayants-droit	36.552	61.751	69 %	40.607	62.019	53 %	47/53	50/50	3 pts
Bénéficiaires	181.131	246.297	36 %	135.193	192.709	43 %	57/43	56/44	1 pt

Source : tableau mission – chiffres source CNAM

1.1.1.2 Des dépenses tirées par l'accroissement du nombre de bénéficiaires mais très stables par bénéficiaire et proches de celle des assurés sociaux

Il existe deux sources d'informations complémentaires permettant d'analyser la consommation de soins des bénéficiaires de l'AME :

- L'assurance maladie assure le suivi de l'ensemble des dépenses de soins de ville, des établissements de santé à but lucratif et des soins externes dans les hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Chacune de ces catégories de dépenses peut être décomposée de manière relativement détaillée. S'agissant des soins de ville par exemple, elles peuvent être ventilées en honoraires privés (médicaux (pour les omnipraticiens ou les autres praticiens), par types d'actes (consultations, actes techniques...) dentaires ou non médicaux (infirmières, kinésithérapeutes...), actes de biologie, consommation de médicaments et de

dispositifs médicaux, frais de transport... Les informations peuvent porter sur des données exprimées en unités de consommation (séjours, séances, actes...) comme en coûts ;

- *L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) assure le suivi de l'ensemble des dépenses d'hospitalisation en établissements publics de santé et établissements privés à but non lucratif.* Les informations disponibles peuvent porter sur la consommation de soins au titre de l'AME et au titre du dispositif des soins urgents et vitaux. Chacune de ces catégories peut également être décomposée de manière détaillée. Elles peuvent être ventilées en séjours hospitaliers (ambulatoire ou hospitalisation complète) et séances, par typologies (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, ...), domaines d'activités et activités (digestif (chirurgie digestive majeur, affections hépatiques...), pneumologie, cardio vasculaire,...) mais également groupe de planification (accouchements par voie basse, césariennes...) et racines (accouchement unique par voie basse chez primipare, chez multipare, faux travail et menace d'accouchement prématuré...). Les informations peuvent porter sur des données exprimées en unités de consommation (séjours, séances, actes...) comme en coûts.

Cette organisation et les informations qu'il est possible d'exploiter sont les mêmes que celles disponibles pour suivre la consommation de soins des assurés sociaux. La direction de la sécurité sociale assure une fonction de synthèse après concaténation des données issues de ces deux bases de données. Des analyses annuelles sont produites. De sorte que la mission a pu constater que si la production des informations pouvaient nécessiter un temps pour la réalisation de certaines requêtes, la profondeur de l'information disponible concernant les activités de soins est extrêmement importante et que la question porte plus sur la définition de priorités d'analyse et sur l'exploitation des requêtes que sur la disponibilité de l'information elle-même.

Nous n'avions pas le temps ni les ressources nécessaires pour réaliser des analyses approfondies comme la CNAM, l'ATIH et la DSS peuvent le faire, ni même comme la mission IGF IGAS avait pu le faire en 2019. Notre priorité a été d'analyser les grandes tendances, de procéder à des analyses de cohérence et d'approfondir quelques problématiques très ciblées.

La comparaison de certains paramètres entre la consommation de soins des assurés sociaux et des bénéficiaires de l'AME (parts relatives des activités, durée moyenne de séjour...) peut se révéler instructive même si elle présente, en toute rigueur méthodologique, une double limite qui demanderait probablement le retraitement poussés des informations recueillies pour pouvoir être pleinement exploitée :

- La prise en compte de l'effet structure des deux populations, la part des plus de 60 ans notamment étant beaucoup plus importante parmi les assurés sociaux (cf. incidence sur les maladies chroniques) ;
- La prise en compte des effets sur la santé liés à la précarité des conditions de vie des bénéficiaires de l'AME.

Les principaux éléments que nous souhaitons mettre en avant, documentés dans l'annexe 3, portent sur les points suivants :

- L'augmentation des dépenses d'AME, qui s'établit à 968 M€ en 2022, est largement corrélée à celle de l'évolution du nombre de bénéficiaires (sources 1 et 2 de l'annexe 3) ;
- La consommation trimestrielle moyenne par bénéficiaire est restée stable au cours des 15 dernières années, en dépit de l'augmentation du coût des soins sur la période. Elle est passée de 642 € en 2009 à 604 € en 2022 (espace de variation : 562 € en 2020 – 708 € en 2011). On relèvera qu'elle a baissé de 9 % entre avant (2019) et après (2022) la crise sanitaire (source 3). La consommation moyenne par consommant est passée de 785 € en 2009 à 823 € en 2022 (espace de variation : 785 € en 2009 – 913 € en 2019). On observe une baisse équivalente (-9,8 %) depuis la crise sanitaire ;

- La part des dépenses hospitalières tend à diminuer dans le total des dépenses d'AME ; elle est passée de 68/69 % autour de 2010 à 61/62 % au début des années 2020 (source 3) ;
- Le recours aux soins de ville progresse régulièrement au cours des dernières années ce qui est cohérent avec les priorités de la politique de santé, pour les consultations médicales (745.452 en 2022), les consultations dentaires (179.000 en 2022) comme les actes des auxiliaires paramédicaux (229.656 en 2022) (source 4) ;
- Si les activités de MCO sont majoritaires, le poids des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation représente une activité notable (source 5) ;
- Les séjours hospitaliers, qui représentent 61% du total séjours + séances, sont d'une grande diversité, avec, outre l'activité d'obstétrique (15% des séjours), le poids important de l'activité digestive (7%) et, à un moindre degré, la pneumologie, (4%), le cardio-vasculaire, le système nerveux et l'orthopédie traumatologie (3%) (source 6) ;
- Si la durée moyenne de séjour des bénéficiaires de l'AME (5,5 j) est 17% supérieure à celle des assurés sociaux (4,7j), une analyse plus fine par tranches d'âges fait apparaître des écarts beaucoup plus importants liés au poids dans la population des assurés sociaux des 60 ans et plus : + 64% pour la DMS de la tranche 4/17 ans, + 44% pour la tranche 18/39 ans et + 50% pour la tranche 40/59 ans. Les écarts sont encore plus importants pour les personnes hospitalisées dans le cadre des soins urgents (+ 63,98% en moyenne dont + 142% pour la tranche d'âge 40/59 ans). Ce constat résulte très probablement de la sévérité des pathologies et de la précarité des conditions de vie (source 7) ;
- Le focus réalisé sur l'activité de séances de 2022 met en évidence deux éléments en particulier, un atypisme concernant l'activité de dialyse pour les bénéficiaires de l'AME ainsi que la forte dynamique des séances réalisées dans le cadre des soins urgents, en particulier entre 2021 et 2022 (source 8) ;
- Le focus réalisé sur l'activité de transplantations 2022 ne met pas en évidence d'atypisme pour les transplantations rénales contrairement aux greffes hépatiques. Le faible nombre d'unité de ces séries (20) appelle toutefois à la prudence dans l'interprétation de ces données (source 9) ;
- Enfin, une très forte dynamique des activités réalisées dans le cadre des soins urgents depuis 2019, les séjours (+60,3%) mais surtout les séances (+166,5%) et plus encore entre 2021 et 2022 (respectivement + 15,3 et + 118,3%)¹ (source 10).

1.1.2 Le contrôle de la délivrance des droits par les services de l'assurance maladie amélioré par les mesures mises en œuvre depuis 2019 pourrait encore être renforcé

1.1.2.1 Le processus d'octroi des droits et les contrôles associés ont été renforcés par la mise en œuvre des principales recommandations du rapport IGF-IGAS de 2019

Le processus d'instruction des demandes d'AME fait l'objet de la part des services de la CNAM d'un double contrôle.

Le premier qualifié d'a priori consiste dans la vérification du respect des conditions du bénéfice de l'AME lors de l'analyse des dossiers de demandes. En 2022, 13 % des demandes ont ainsi été refusées lors de ce premier contrôle. Ces refus ont principalement été motivés par le non-respect de la condition relative à l'adresse de résidence (41 %), puis par celle concernant une résidence

¹ A noter que l'ATIH indique dans sa note d'analyse que cette activité 2022 est fortement impacté par l'effet jours ouvrés ainsi que par l'effet relatif à la mise en œuvre de l'instruction gradation des soins en mars 2020 qui a induit un report de facturation de l'activité réalisée en soins externes vers l'activité d'hospitalisation, impact qu'elle n'est pas en mesure de quantifier.

irrégulière de plus de 3 mois (35 %), ensuite par celle de la condition de ressources (16 %) et enfin par une identité non justifiée (8 %).

Le second niveau de contrôle est réalisé a posteriori par la reprise aléatoire, au niveau de chacun des quatre pôles interdépartementaux d'instruction de la CNAM², de dossiers ayant fait l'objet d'un accord. 14 % des dossiers sont désormais contrôlés. Ce taux fixé nationalement a régulièrement augmenté au cours des dernières années, de 8 à 14 %. L'AME est désormais la prestation gérée par l'assurance maladie dont le taux de contrôle est le plus élevé. Ces contrôles permettent de détecter des anomalies qui restent nationalement à un taux inférieur à 3 %.

Les chiffres communiqués par la CPAM de la Seine Saint-Denis indiquent que ces contrôles ne mettent pas en évidence d'atypisme particulier concernant les bénéficiaires de l'AME, le taux d'anomalies étant comparable à celui des assurés sociaux.

Les capacités de détection des fraudes ou anomalies ont de plus été renforcées par la mise en œuvre des trois premières recommandations du rapport IGF-IGAS de 2019 sur l'AME :

- La présence physique des demandeurs lors du retrait des cartes afin de s'assurer de la correspondance et la destruction des cartes non récupérées dans les deux mois de la reconnaissance du droit ;
- L'accès à la base Visabio par les CPAM permettant au personnel de l'assurance maladie de connaître l'existence des visas délivrés par les consulats ;
- La sécurisation des attestations d'hébergement par l'exigence de présentation des pièces d'identité des hébergeants et le contrôle systématique des multi-hébergeants.

La mission fait le constat de l'engagement et du professionnalisme des collaborateurs de l'assurance maladie dans l'attribution des droits à l'AME avec des procédures renforcées depuis 2019. De ce point de vue, les resserrements successifs du dispositif dont la lettre de mission invitait à mesurer les effets ont eu un impact positif. Il apparaît toutefois que des progrès en matière de maîtrise des risques et des fraudes peuvent encore être réalisés.

1.1.2.2 Des risques d'abus ou de fraudes qui pourraient encore être mieux maîtrisés

L'enjeu de la confiance dans la bonne administration et le contrôle de l'AME est essentiel à son acceptabilité collective. Les organisations et actions mises en place par la CNAM et les CPAM sont à ce titre satisfaisantes et représentent un travail lourd au quotidien pour les équipes. Comme cela été rappelé, il est complété par de nombreux contrôles a posteriori de dossiers. Pour autant, à l'instar de ce qui a été mis en place à la suite de recommandations du rapport IGF-IGAS de 2019, des améliorations et optimisations sont envisageables. Nous remarquons à cet égard que toutes les recommandations n'ont pas été mises en œuvre.

Les points de fragilités restent les capacités réelles à contrôler des informations déclaratives ou des justificatifs aisément falsifiables (identité, irrégularité du séjour, ressources, domicile, temps de résidence en France,...). Les outils de contrôle à disposition des CPAM notamment et les possibilités ouvertes par les différents textes (décrets, arrêtés, circulaires,...) pourraient être révisés de manière à être en cohérence avec les nécessités de vérifications et de contrôle.

La question de la non-émancipation des ayants-droits majeurs se pose pour une prise en compte et un meilleur contrôle des bénéficiaires de l'AME. Concernant les ayants-droits majeurs, notamment ceux qualifiés de « cohabitant » dans la notice Cerfa n°50741#9, l'aspect déclaratif concernant des personnes en situation irrégulière conduit souvent à des difficultés de vérifications.

² A expliquer succinctement

Sans être un abus ou une fraude car la situation est autorisée par les textes en vigueur, la non-prise en compte, dans la détermination des ressources financières, des revenus du conjoint, concubin ou partenaire de PACS si ce dernier est français ou en situation régulière pose question. Dans ces situations, des personnes peuvent être bénéficiaires de l'AME, c'est-à-dire bénéficier de soins totalement gratuits dans le cadre d'une aide sociale alors que les revenus du foyer peuvent être élevés.

Par ailleurs, sans lien direct avec l'AME, il demeure dans le dispositif français un risque d'abus ou de fraudes dont certains témoignages ont confirmé l'existence sans en apporter l'étendue ou la fréquence. La mission n'a eu ni les moyens, ni le temps de mesurer ce que pouvaient peser ces risques et abus, mais elle peut confirmer qu'ils existent. Ils s'adosent principalement sur les entrées régulières en France (sans visa pour les pays dont les ressortissants en sont dispensés et avec visa malgré l'obligation d'une assurance médicale privée exigée par les consulats mais de durée limitée) et sur la délivrance, dans un délai très rapide après l'arrivée en France, de soins urgents et vitaux.

Le tableau joint en annexe 3 montre par exemple qu'en 2022 l'augmentation des séjours (dialyse, chimiothérapies diverses, radiothérapies, oxygénothérapies, ...) dans le cadre des soins urgents a été supérieure à 100 % alors que cette augmentation s'est établie à 20 % pour les bénéficiaires de l'AME et que le nombre de ces séances est resté globalement stable dans le cadre du régime général. Le sujet de l'AME rejoint ces abus et fraudes lorsque les soins nécessitent des suites plus ou moins longues. Ces personnes souvent dans des situations médicales complexes restent sur le territoire en situation irrégulière afin de continuer, via l'AME, à bénéficier des soins. Sans avoir eu la capacité de mesurer et d'objectiver ces phénomènes, il est vraisemblable qu'une partie des 9,5 % personnes bénéficiaires de l'AME (donc plusieurs milliers par an) identifiées dans l'enquête « Premiers pas » de l'IRDES comme ayant déclaré être venus en France « pour la santé » ont utilisé ce mode d'accès aux soins. Ce sujet avait déjà été identifié dans le rapport IGF-IGAS de 2019.

Enfin, la situation des mineurs accompagnés de leurs parents (ou d'un parent) qui ne peuvent pas bénéficier de l'AME car ils sont en situation régulière ou ont des revenus au-dessus des plafonds est atypique. Ces enfants deviennent immédiatement à leur arrivée en France éligibles à l'AME³.

Sur ces sujets, la mission identifie des pistes d'améliorations proposées au 2.1.

1.2 Un droit central pour l'accès aux soins des étrangers sans titre de séjour en situation de précarité que l'amendement voté par le Sénat remet partiellement en cause

1.2.1 Un dispositif correctement cadré sur le plan réglementaire et largement opérationnel

1.2.1.1 Des situations administratives des étrangers en France passant majoritairement par une période de régularité de séjour

Ces dernières années, les ESI proviennent plus particulièrement de trois types de parcours :

- Les demandeurs d'asile déboutés d'abord qui en constituent le plus grand nombre (155.773 demandes d'asile enregistrées en 2022 et 134.513 décisions de l'OFPRA). Près de 80.000 personnes ont été déboutées définitivement de leur demande d'asile en 2022 ;
- Les refus d'une première demande de titre. En 2022, 31.744 refus ont été prononcés. Cela signifie qu'au moins autant de personnes étaient préalablement sur le territoire en situation irrégulière sans être connues des services (que l'entrée initiale sur le territoire ait été régulière ou non) ;

³Décisions du Conseil d'État du 7 juin 2006 et du Défenseur des droits du 14 octobre 2020

- Les retraits ou refus de titres (y compris les non-renouvellements de titres ou visas) constituent le troisième mode d'entrée dans l'irrégularité ; cela a concerné 11.952 personnes en 2022.

En parallèle de ces flux d'entrée dans l'irrégularité au regard du séjour, les régularisations (environ 34.000 en 2022) et les reconduites ou départs (environ 20.000 en 2022) sont à prendre en considération et viennent à l'inverse faire diminuer le nombre d'ESI.

Le tableau en annexe 7 retrace la cinétique de ces différents flux.

Ces différentes situations conduisent à des régimes différenciés d'accès aux soins. Les demandeurs d'asile, en situation régulière, ont accès au statut d'assuré social au titre de la protection universelle maladie (PUMa). Les demandeurs d'asile déboutés⁴ et les personnes ayant eu des retraits ou refus de renouvellement de titres peuvent solliciter le bénéfice de l'AME après un délai de carence de 3 mois de présence irrégulière sur le territoire.

1.2.1.2 L'AME, un droit pivot pour l'accès aux soins des ESI en situation de précarité

Des conditions de prise en charge proches de celles des bénéficiaires de la C2S limitées aux personnes précaires

L'AME vise à garantir une protection santé aux ESI présents sur le territoire français. Elle répond à une double vocation, l'affirmation par la nation d'un principe humanitaire et éthique et la protection de la santé individuelle des personnes et de la santé collective de la population résidant en France. Les enjeux de santé publique sont d'autant plus importants à considérer que les personnes demeurent sur le territoire de manière prolongée dans une situation ne leur ouvrant pas accès à la PUMa et aux soins auxquels cette dernière permet d'accéder.

L'AME est une aide sociale garantissant aux ESI la prise en charge gratuite de soins médicaux sous deux conditions⁵ : la résidence irrégulière continue en France depuis plus de trois mois et des ressources inférieures à un plafond, celui fixé pour l'éligibilité à la complémentaire santé solidaire (809,90 € par mois pour une personne seule depuis avril 2023). Elle ouvre droit, pour les personnes auxquelles le bénéfice de la prestation a été accordé, à l'accès à un panier de soins et de services et à une prise en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais déclinés de ceux applicables aux assurés sociaux bénéficiaires de la C2S (cf. annexe 4).

Au-delà de la période de carence de trois mois au cours de laquelle les personnes relèvent, en tant que de besoin, du dispositif des soins urgents et vitaux prévu par l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les restrictions suivantes sont appliquées aux bénéficiaires de l'AME :

- Des restrictions générales par l'exclusion des médicaments princeps, des médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15 %, des actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et des cures thermales ;
- Une restriction partielle, en vigueur depuis janvier 2021, prévue par l'article R. 251-3 du CASF. Certains soins et traitements non urgents, et qui peuvent faire l'objet d'une programmation, sont pris en charge au terme d'un délai de 9 mois après l'admission à l'AME⁶. Seize prestations sont mentionnées relevant par exemple d'interventions de la cataracte, du canal carpien ou de pose de prothèses ;
- Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas éligibles au dispositif du 100 % Santé instauré pour réduire le renoncement aux soins audio, dentaires et aux optiques. Leurs dépenses sont

⁴ Les demandeurs d'asile déboutés bénéficient d'une prolongation de droit de 6 mois (précédemment 12 mois) à la PUMa

⁵ Article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles

⁶ Dans les situations où la pathologie du patient nécessite une intervention qui ne saurait attendre l'expiration du délai de 9 mois, la personne doit demander un accord préalable au service médical de l'assurance maladie.

prises en charge à concurrence du tarif fixé par la sécurité sociale. Ils peuvent être amenés à payer un reste à charge, notamment en matière d'optique et de soins dentaires ou de dépassement d'honoraires⁷ ;

- Les bénéficiaires de l'AME ne disposent pas de compte AMELI, le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ne leur est pas applicable, de même que l'accès à l'espace numérique en santé et l'utilisation du dossier médical partagé. Ils ne sont pas non plus inclus dans les campagnes nationales de dépistage mises en œuvre par l'assurance maladie. Ces restrictions peuvent affecter la fluidité et l'efficacité du parcours de soins des bénéficiaires de l'AME.

Le panier de soins et les conditions de prise en charge prévus pour les bénéficiaires de l'AME permettent, en dépit des restrictions et limites mentionnées ci-dessus, un accès aux soins adapté aux enjeux de santé préventive comme aux besoins de soins curatifs, urgents comme chroniques.

L'absence totale de droit pour les ESI aux ressources supérieures au plafond

L'AME n'est pas un dispositif universel. Contrairement au droit en vigueur dans d'autres pays européens (cf. annexe 5), dans lesquels l'accès aux soins est prévu pour l'ensemble des ESI, avec des dispositions particulières concernant des exonérations de paiement de frais pour les personnes en situations les plus précaires (cf. notion d'« indigence ») ou l'accès limité à certaines offres pour les personnes non précaires (médecine ambulatoire uniquement, réseaux d'hôpitaux associatifs délivrant des soins gratuits par exemple), il existe en France un effet de seuil radical. Tout ESI dont les ressources sont supérieures au plafond est exclu du bénéfice de l'AME et ne relève d'aucun autre dispositif pour accéder aux soins en dehors des soins urgents et vitaux. Il doit supporter l'intégralité du coût de ses consultations, séjours ou médicaments. Cette situation, de nature à entraîner du renoncement aux soins, n'est pas sans soulever des interrogations en matière de santé préventive, d'accès aux soins curatifs et de santé publique vis-à-vis de la population.

Nous percevons bien la sensibilité politique de toute démarche qui pourrait conduire à ouvrir le bénéfice de l'AME aux ESI dont les ressources sont supérieures au plafond, y compris le cas échéant avec paiement d'un droit de timbre et du ticket modérateur. Une réflexion pourrait toutefois être ouverte concernant cette catégorie de personnes, dans le cadre de l'AME ou d'un dispositif ad hoc. Cela d'autant que des cotisations sont prélevées sur leurs salaires sans qu'ils ne bénéficient d'une protection sociale au financement de laquelle ces cotisations sont pourtant destinées.

L'accès au droit globalement assuré mais affecté par un risque de discrimination et un non-recours au droit préoccupant

Dès lors que l'AME est accordée, le bénéficiaire peut accéder aux soins, sous réserve des limites mentionnées au 1.1.2.1, de manière inconditionnelle, c'est-à-dire autant auprès de professionnels de santé, médicaux ou non (infirmières, masseurs kinésithérapeutes...), exerçant en ville, en exercice isolé ou de groupe (centres ou maisons de santé), qu'en établissements de santé, quel que soit leur statut (public, privé à but lucratif ou non), pour des consultations, des examens de biologie ou de radiologie ou des actes interventionnels.

Cela permet, au même titre que pour les assurés sociaux, d'envisager une prise en charge adaptée à chaque situation clinique et l'organisation de parcours de soins cohérents entre la médecine de ville et les structures hospitalières, sous réserve d'une bonne connaissance du fonctionnement du système de santé et d'un accès effectif aux acteurs.

Les témoignages que la mission a pu recueillir semblent indiquer que l'AME est mise en œuvre dans des conditions globalement satisfaisantes. Le conseil national de l'ordre des médecins n'a pas enregistré de plaintes ou de signalements pour discrimination ou refus de soins, ni de la part de

⁷ Il a été indiqué à la mission que cette restriction des droits des bénéficiaires de l'AME verrait sa portée réduite au cours des dernières années en matière d'audioprothèses en raison de la forte baisse des coûts résultant des effets du 100 % Santé.

patients ni surtout d'associations ou de la défenseure des droits. La directrice générale de l'ARS Île-de-France indique que l'AME ne fait pas partie des questions que lui sont remontées par l'ordre des médecins ou les représentants des établissements hospitaliers ou des praticiens libéraux.

Deux points de vigilance doivent toutefois être signalés :

- L'institut des politiques publiques a publié en 2023 une étude réalisée à la demande du Défenseur des droits et du ministère de la Santé et de la prévention pour évaluer l'existence de discriminations dans l'accès aux soins des bénéficiaires de la C2S et de l'AME (*Testing téléphonique auprès de 3000 médecins de ville exerçant en médecine générale, pédiatrie et ophtalmologie*)⁸. Si cette étude « ne détecte pas statistiquement de discrimination à l'encontre des patients bénéficiaires de la C2S », « les patients bénéficiaires de l'AME sont discriminés dans les trois spécialités étudiées. Ils ont entre 14 et 36 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez le généraliste par rapport aux patients de référence, entre 19 et 37 % de chances en moins chez l'ophtalmologue, et entre 5 et 27 % chez le pédiatre » ;
- La préoccupation la plus marquée exprimée par ces acteurs porte sur le taux de non-recours au droit par les bénéficiaires éligibles. Selon l'étude de l'IRDES susmentionnée publiée en 2019⁹, 51 % seulement des personnes qui y sont éligibles bénéficieraient de l'AME. Les résultats de cette étude doivent être commentés avec prudence, car elle portait sur un nombre limité de personnes et elle est restée isolée. Pour autant, elle ne semble pas illustrer un effet « aimant » de l'AME mais révèle plutôt la complexité des situations et la diversité des contraintes (matérielles, sociales, culturelles...) qui freinent le recours à l'AME. Cela oriente par ailleurs vers le seul dispositif des soins urgents et vitaux la prise en charge de près de 300.000 à 400.000 personnes en tenant compte des mineurs, avec les préoccupations que cela peut soulever sur le double plan des risques infectiologiques et de la pression sur les établissements de santé. Le renforcement des actions de communication en faveur du droit à l'AME, selon des canaux adaptés à ces publics, serait souhaitable. Cela pourrait certes conduire à une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME. Toutefois, dès lors que ces personnes sont présentes sur le territoire national et qu'elles remplissent les conditions d'éligibilité, il sera toujours préférable en matière de santé publique qu'elles soient inscrites à l'AME et puissent bénéficier de soins préventifs plutôt que de n'avoir recours au système de santé qu'en situation dégradée.

Une étude de Médecins du Monde fait état du fait que près de 87 % des personnes fréquentant ses centres d'accueil de soins et d'orientation ne bénéficient pas de l'AME. Ce chiffre ne doit pas être mis en référence avec celui de l'IRDES en raison d'un biais statistique. Il ne permet pas de projeter le nombre de personnes en situation clandestine en France, comme c'est parfois fait pour l'étude de l'IRDES ; il met seulement en évidence la fonction que tiennent ces centres d'accueil pour la dispensation de soins à des personnes qui, hors situation d'urgence, ne peuvent consulter de médecins en ville ou à l'hôpital.

1.2.1.3 Des parcours de droit chaotiques avec de nombreuses ruptures de situations

Il est difficile, au regard de ce qui a été présenté au 1.1.1 d'examiner les conditions de recours à l'AME de manière autonome, sans s'interroger sur les articulations possibles avec l'accès aux soins dont des étrangers, en situation régulière ou non, ont pu bénéficier selon leur parcours de migration et les conditions d'accès au territoire national.

Ce qui explique le caractère chaotique de l'accès aux soins, ce ne sont pas les règles d'attribution de l'AME ou de la PUMA, c'est fondamentalement le caractère chaotique des parcours des étrangers qui passent d'une situation régulière (visa de tourisme) à une situation d'attente (récépissé de titre de séjour), puis à une situation régulière (titre de séjour, y compris l'APS des demandeurs d'asile), puis à une situation irrégulière (déboutés du droit d'asile, refus de séjour, ...)

⁸ RAPPORT IPP No 43 - Mai 2023 Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État

⁹ Questions d'économie de la santé n° 245 - Novembre 2019

qui se prolonge tant que les personnes ne sont pas régularisées ou qu'elles ne quittent pas le territoire, volontairement, en application d'une OQTF ou d'une décision ministérielle ou judiciaire de reconduite à la frontière. Cette problématique est approfondie dans l'annexe 9.

Nous souhaitons relever deux situations distinctes pour éclairer cette problématique vis-à-vis des droits et de l'accès aux soins :

- La très grande diversité des parcours statutaires avant d'accéder à l'AME. La CNAM a réalisé une requête à notre demande pour reconstituer le parcours de l'ensemble des bénéficiaires de l'AME au niveau national au mois de septembre 2023 (deux dernières situations statutaires : PUMa titre de séjour, PUMa asile, sans couverture). Ce travail, présenté en annexe 9, est riche d'enseignements. Il démontre :
 - La grande variété des parcours (10 séquences différentes sont identifiées) ;
 - Que les 2/3 des bénéficiaires de l'AME n'ont eu aucun statut auparavant (cette proportion inclut les mineurs bénéficiaires de l'AME) ;
 - L'importance des ruptures de droits (de AME, Asile ou PUMa à AME) (plus de 100.000 personnes concernées) ;
 - Que la durée moyenne de rupture de droits est de près d'un an pour les demandeurs d'asile déboutés qui n'ont pas directement bénéficié de l'AME.

Les différentes situations mentionnées ci-dessus peuvent se succéder dans le temps pour un même individu, avec des discontinuités plus ou moins importantes. Ces changements de statut ont été évoqués par un nombre important d'interlocuteurs de la mission et notamment par les personnels administratifs ou assistants sociaux des hôpitaux qui ont insisté sur la lourdeur des vérifications qu'impliquent ces changements.

Ces éléments confirment la complexité des déterminants qui conduisent les personnes à solliciter ou non le droit.

Ils indiquent également qu'une partie des ESI est installée dans une clandestinité de longue durée. Le séjour irrégulier n'est pas une période transitoire, d'une durée de quelques mois, mais bien une situation durable. Ce constat est préoccupant tant du point de vue de l'autorité de l'État que du point de vue social. On peut y voir le reflet des difficultés rencontrées par le ministère de l'Intérieur pour interpellier les étrangers en situation irrégulière, édicter à leur encontre une mesure d'éloignement et enfin mettre cette mesure à exécution. On peut aussi constater que l'AME contribue au maintien dans la clandestinité de longue durée.

- D'autres personnes peuvent accéder au système de santé via le dispositif des soins urgents et vitaux dès leur arrivée sur le territoire (visa de court séjour, au cours des périodes de carence pour les ESI). L'urgence des situations impose leur prise en charge sans délai. Certaines de ces situations impliquent des soins ponctuels, d'autres des suites de soins ou des traitements prolongés qui peuvent conduire les personnes concernées, si elles ne sollicitent pas le titre de séjour pour raison de santé prévu par l'article L.425-9 du CESDA, à accéder dans un second temps à l'AME. Ce cas de figure est à considérer avec une attention particulière. Il peut en effet constituer un canal d'entrée détourné au système de santé français, dans le cadre de filières organisées notamment¹⁰. Il est important de faire la part des choses entre ces pratiques et le mécanisme de l'AME, desquelles elles ne relèvent pas ; et de veiller à ce que l'AME ne pâtisse pas d'éventuels abus observés dans ce cadre. C'est la raison pour laquelle, bien que cela ne relève pas de l'AME, la mission formule en partie 2.4.3 une proposition visant à mieux maîtriser ce risque.

1.2.2 Limites et risques du remplacement de l'AME par une AMU adopté par le Sénat

Lors de l'examen en séance publique du « projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration » le Sénat a introduit une disposition, l'article 1^{er} i, remplaçant l'AME par une aide

¹⁰ La direction générale des étrangers en France a notamment fait mention de la mise en œuvre d'une démarche interministérielle pour lutter contre une filière organisée depuis un pays d'Europe orientale non-membre de l'Union

médicale d'urgence. Les principales caractéristiques de ce dispositif sont les suivantes (texte complet de l'article en annexe 6) :

- Une condition de séjour irrégulier sur le territoire depuis plus de trois mois (condition inchangée par rapport au droit actuellement en vigueur) ;
- Des ressources ne dépassant pas le plafond fixé pour le bénéfice de la C2S (condition inchangée) ;
- L'application d'un droit de timbre (nouvelle condition) ;
- La présentation d'un rapport annuel au parlement sur l'activité réalisée au titre de l'AMU (nouvelle condition) ;
- Un panier de soins, assorti de la dispense d'avance des frais, défini comme suit (nouveau périmètre) :
 - « 1° La prophylaxie et le traitement des maladies graves et les soins urgents 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 ;
 - 2° Les soins liés à la grossesse et ses suites ;
 - 3° Les vaccinations réglementaires ;
 - 4° Les examens de médecine préventive. »

L'inclusion de la prophylaxie et du traitement des maladies graves lors de la discussion en séance publique est de nature à réduire les craintes formées à l'encontre de la rédaction initiale.

1.2.2.1 La perspective d'une complexification générale

La nécessité pour l'assurance maladie de continuer à administrer une procédure de gestion et de contrôle du droit et de la prestation

L'aide médicale urgente reposerait sur des critères d'éligibilité précis (délai de carence, conditions de ressources et droit de timbre). En dépit de la réduction du panier de soins, les services de l'assurance maladie devraient continuer à mettre en œuvre une procédure de délivrance du droit équivalente à celle actuellement en vigueur, en matière de contrôle notamment, complétée par un volet comptable lié à la perception annuelle du droit de timbre.

Une articulation complexe avec le dispositif des soins urgents et vitaux

Dès lors que l'aide médicale d'urgence serait conditionnée, elle ne serait pas universelle. L'amendement maintient un dispositif d'accès aux soins pour toutes les personnes qui ne relèveraient ni de la PUMa, ni de l'aide médicale d'urgence.

Les soins urgents (articles L.254-1 du CASF) sont définis sur le site AMELI de l'assurance maladie comme rappelé en note de bas de page¹¹ Le périmètre propre de l'aide médicale d'urgence comprend donc, en sus de celui des soins urgents, la prophylaxie et le traitement des maladies graves, les vaccinations réglementaires, les examens de médecine préventive.

Les difficultés de l'interprétation de la notion de prophylaxie et de traitement des maladies graves

L'ensemble des acteurs du système de santé auditionnés par la mission a insisté sur la difficulté de donner une définition précise et facilement appropriable par les professionnels de santé chargés de la prise en charge de notions telles que les soins urgents, la douleur aiguë, le risque d'altération grave et durable de l'état de santé. Cette même difficulté a été mise en évidence dans le cadre du

¹¹ Soins pris en charge

- Les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de votre état de santé ou de celui d'un enfant à naître.
- Les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose).
- Tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement.
- Les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).
- Les soins dispensés à des mineurs

parangonnage réalisé dans le panel de pays d'Europe occidentale. Ces concepts sont de fait impossibles à encadrer par des définitions réglementaires, il revient aux professionnels de santé de les interpréter en situation, au cas par cas, selon la singularité de chaque tableau clinique.

L'interprétation de la notion de « prophylaxie et de traitement des maladies graves » risque de soulever les mêmes difficultés de délimitation, accentuées par le fait que si l'urgence d'une prise en charge peut parfois se déduire de constats visuels ou de l'analyse de constantes et de paramètres vitaux, il n'en va pas de même pour la détection d'une maladie grave. La gravité d'une maladie n'est en effet révélée qu'au terme d'un processus d'évolution plus ou moins long qu'une prise en charge précoce permettrait d'éviter, mais également en conséquence de la réalisation d'exams et d'analyses. Elle ne se présuppose pas, elle se déduit de la prise en compte d'un ensemble de paramètres. On peut ainsi s'interroger sur le point de savoir si la rédaction de l'amendement du Sénat permettrait à un bénéficiaire de l'AME de voir ses soins pris en charge par exemple pour une consultation pour un mal de gorge susceptible d'être une angine, et de dégénérer en flegmon, ou pour une consultation de gynécologie pour dépistage d'une éventuelle tumeur maligne du cancer du sein ou pour un frottis vaginal. La réponse à cette question sera déterminante pour porter un jugement définitif sur l'amendement adopté par le Sénat.

1.2.2.2 Des conséquences négatives sur la santé des personnes, sur la sollicitation des établissements hospitaliers fragilisés qu'il faut impérativement préserver et sans perspective de gains budgétaires

Le dispositif de l'aide médicale urgente recèle *in fine* un risque important de renoncement aux soins. En raison de l'imposition d'un droit de timbre et des incertitudes mêmes liées à la reconnaissance du caractère grave d'une maladie. La prise en charge d'une maladie au titre de l'aide médicale urgente impliquerait en effet que le patient ait fait réaliser et pris en charge l'ensemble des soins, exams et analyses préalablement à ce que sa maladie puisse être reconnue comme grave.

Conditionner au paiement d'un droit de timbre la réalisation des vaccinations réglementaires et des exams de médecine préventive n'est par ailleurs pas évident en termes de santé publique.

Le renoncement aux soins aurait pour triple impact une dégradation de l'état de la santé des personnes concernées, des conséquences possibles sur la santé publique et une pression accentuée sur les établissements de santé.

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés, qu'ils soient chargés d'administrer le système de santé (directeur général de la santé, directeur de la sécurité sociale et directrice générale de l'ARS Île-de-France en particulier) ou de délivrer les soins (équipes hospitalières) ont exprimé de fortes inquiétudes vis-à-vis des conséquences que ferait peser sur le système hospitalier le remplacement de l'AME par une aide médicale limitée aux soins urgents. La politique de santé est tournée vers la nécessité de renforcer la dimension de prévention pour que les personnes, quel que soit leur statut au regard de l'assurance maladie, soient prises en charge, diagnostiquées et traitées avant que leur état de santé ne se dégrade, en phase de décompensation des pathologies, pour des pathologies a priori bénignes (cf. angine vs phlegmon nécessitant une intervention chirurgicale) comme pour des maladies chroniques (asthme, insuffisance cardiaque, diabète, cancers par exemple). Pour ces responsables, tout ce qui risque de se traduire par un moindre accès à la prévention, au dépistage, au diagnostic précoce et à la médecine ambulatoire d'une manière générale pèserait défavorablement sur l'état de santé des personnes d'une part, sur la santé publique d'autre part (risques infectiologiques en particulier) et sur la résilience du système hospitalier enfin confronté *de facto* à la nécessité de prendre en charge plus de patients à l'état de santé dégradé dans le cadre des soins urgents et vitaux.

Les données transmises par la CNAM permettent de rapprocher la consommation de soins de ville, en volume, de celle des séjours hospitaliers. En 2022, 745.531 consultations médicales ont été réalisées en ville, soit 4,3 fois plus que de séjours hospitaliers (172.565, 137.809 en établissements publics, 34.756 en établissements privés). Ce rapport permet de mesurer le volume très significatif

des bénéficiaires qui ont consulté en ville. Une partie de ces consultations resteraient possible (grossesse, vaccination, diagnostic et traitement des maladies graves), mais une partie, qui reste à évaluer, basculerait sur l'hôpital, à un stade qui pourrait être plus dégradé de la pathologie concernée, en cas de remplacement de l'AME par une AMU.

Ce constat est à mettre en relation avec les attendus de la lettre de mission qui insistait sur la nécessité que les mesures envisagées ne dégradent pas la santé des personnes concernées ou la santé des populations dans les territoires et qu'elles ne mettent pas non plus en difficulté les établissements de santé.

Sur le plan budgétaire les hospitalisations sont beaucoup plus coûteuses que les soins prodigués en ambulatoire. A titre d'illustration, selon les données communiquées par la CNAM et la DSS, la dépense moyenne d'un bénéficiaire de l'AME a été près de 7 fois supérieure au titre des séjours hospitaliers qu'au titre des honoraires médicaux en ville en 2022 (1.468 € vs 212 €), quand le nombre de consultations de ville pour les assurés sociaux était 4,3 fois plus important que les séjours hospitaliers. Outre les conséquences qu'une prise en charge tardive aurait sur le système hospitalier, il n'est pas acquis que le remplacement de l'AMU par une aide médicale urgente se traduirait par des économies pour les dépenses de l'État.

L'amendement du Sénat braque le projecteur sur des soins qu'il estime non urgents ou non essentiels (rééducation physique, kinésithérapie, ...) auxquels les bénéficiaires de l'AME accèdent aujourd'hui de manière inconditionnelle et sans participation financière. Ces soins, et notamment ceux qui sont cités supra, s'ils n'étaient pas pris en charge financièrement conduiraient à voir se dégrader des situations de santé (le traitement d'une épaule douloureuse par un kinésithérapeute est préférable à une prise en charge tardive nécessitant éventuellement une intervention chirurgicale) ou conduirait à maintenir en séjour hospitalier des patients pouvant bénéficier d'un autre mode d'intervention. Si la mission n'est pas opposée au principe de mettre certaines interventions sous accord préalable, ainsi que cette piste est traitée en 2.4.1, elle n'a pas été en mesure d'identifier les actes qui seraient soumis à cette procédure. Il conviendrait d'en prendre la mesure, en établissant une typologie détaillée et complète des soins concernés et en chiffrant leur coût, ce que l'appareil statistique actuel ne permet pas et que la mission n'a pas eu le temps de demander de façon précise. Cet inventaire est pourtant le préalable à une discussion rationnelle et éclairée des conséquences de l'amendement du Sénat.

1.3 L'accès aux soins, un facteur parmi de nombreux autres déterminants de la migration

1.3.1 L'AME n'apparaît pas comme un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration, mais elle contribue au maintien en situation de clandestinité d'étrangers dont elle est parfois le seul droit

Si la comparaison des conditions d'accès aux soins pour les ESI en Europe occidentale se révèle délicate, et ne permet pas de conclure à l'existence d'un facteur d'attractivité de nature à orienter vers la France les flux migratoires, les auditions que la mission a réalisées invitent à la même conclusion. Au-delà de l'AME proprement dite, l'offre de soins délivrée dans notre pays fait probablement partie d'un ensemble de facteurs qui oriente les parcours de migration : langue, existence de diasporas dont certaines sont une conséquence de la décolonisation, allocation versée aux demandeurs d'asile, conditions d'instruction et perspective de reconnaissance des demandes d'asile, droit inconditionnel à un logement d'urgence, perspectives d'emploi, aides alimentaires, aides aux transports, scolarité¹²... La persistance d'un flux de migrants souhaitant rejoindre le Royaume-Uni comme l'augmentation très importante du nombre de demandes d'asile enregistrées en Allemagne depuis le début de l'année 2023 illustrent cette analyse.

¹² Le directeur général de l'OFII a en outre fait remarquer que la France était un des seuls pays de l'espace européen, avec le Portugal et la Grande-Bretagne, qui n'imposait pas de formalité particulière en matière de déclaration de domiciliation auprès des autorités communales pour procéder à diverses formalités administratives (ex : ouverture d'un abonnement à l'électricité ou à l'eau...)

La mission s'est interrogée en revanche sur le point de savoir si l'AME ne facilite pas le maintien dans la clandestinité. Les interlocuteurs rencontrés par la mission se sont montrés partagés à cet égard. Certains d'entre eux ont souligné que la demande d'AME pouvait participer, au-delà du besoin d'une couverture santé, de l'obtention d'une part de certains avantages « collatéraux », d'autre part d'un titre de séjour.

- L'obtention d'une réduction de 50 % sur le coût des transports collectifs au titre de la tarification solidarité transport. Depuis la loi du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain, les autorités organisatrices de transports sont tenues d'offrir une réduction tarifaire d'au moins 50 % au bénéfice des voyageurs les plus démunis¹³. Ainsi les bénéficiaires de la C2S sans participation financière bénéficient-ils en Île-de-France d'une réduction de 75 % et les bénéficiaires de l'AME d'une réduction de 50 %. On relèvera que l'abrogation de ce dispositif est actuellement discutée dans le cadre de l'examen parlementaire du projet de loi immigration et intégration. De même, il semble que la présentation d'une carte d'AME permette l'accès à des prestations associatives du type banque alimentaire ou le bénéfice de tarifs sociaux appliqués par certaines collectivités, des communes par exemple pour la restauration scolaire.

Dans ces cas de figure, c'est le niveau de précarité des bénéficiaires de l'AME qui est pris en compte, sans aucun lien avec les droits ouverts à la prise en charge de soins, et la présentation de leur carte permet d'éviter aux services d'instruire les conditions de ressources.

Outre la garantie d'une couverture santé de bonne qualité, c'est la somme de ces avantages annexes qui fait que l'AME contribue au maintien dans la clandestinité de longue durée décrite ci-dessus.

- Il semble d'autre part que la carte de bénéficiaire de l'AME soit utilisée pour justifier d'une présence habituelle en France dans la perspective d'une future régularisation. Le préfet de Seine-Saint-Denis a souligné que le principal justificatif d'une durée de résidence en France produit à l'appui d'une demande de régularisation était souvent la carte de bénéficiaire de l'AME. Elle peut à ce titre être considérée comme l'un des documents susceptibles d'attester de manière la plus fiable de la présence habituelle, d'autant qu'elle doit être renouvelée annuellement.

A contrario, les données présentées au 1.2.1.3 montrent que plus de 100.000 bénéficiaires actuels de l'AME ont connu une discontinuité de droits après avoir été à la PUMA, demandeur d'asile ou une première fois à l'AME ce qui est de nature à relativiser l'effet « aimant » de l'AME.

1.3.2 La difficile comparaison des conditions d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière en Europe occidentale

Le rapport IGF-IGAS de 2019 présentait l'AME comme l'un des dispositifs parmi les plus généreux d'Europe. La documentation du sujet figurant dans l'annexe 5 dédiée à la comparaison européenne laissait entrevoir une réalité plus complexe liée aux différences de régimes et de manière d'aborder le sujet dans les pays comparés.

Pour répondre à l'attente formulée dans la lettre de mission nous nous sommes attachés à actualiser la comparaison européenne dans les 8 mêmes pays d'Europe occidentale¹⁵ par l'intermédiaire des postes diplomatiques. Des questions complémentaires ont par ailleurs été posées concernant la gestion des ESI et l'actualité du sujet. Les réponses reçues dans ce cadre sont compilées dans l'annexe 5.

¹³ Article L.1113-1 du code des transports

¹⁴ Voir également la décision n°2019-236 du Défenseur des droits

¹⁵ Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Grande Bretagne, Suède, Suisse

Il nous apparaît qu'il est très difficile de faire ressortir des informations recueillies des enseignements clairs et d'établir une sorte de hiérarchie entre les pays. Nous avons été marqués par la très grande diversité des situations et de manières d'approcher le sujet lié notamment aux facteurs suivants :

- L'organisation territoriale et le caractère plus ou moins décentralisés de la compétence santé (entre deux voire trois niveaux de pouvoir) ;
- Le caractère plus ou moins universel du dispositif avec la prise en compte ou non des mineurs, des femmes enceintes, des populations les plus précaires/en situation d'indigence ou non ;
- La durée des droits ;
- La précision de la composition du panier de soins accessible aux ESI laissant une marge d'interprétation plus ou moins grande aux professionnels de santé responsable des prises en charge ;
- Une application variable des mécanismes de délai de carence ou d'accord préalable ;
- Des mécanismes assez variables de mise à contribution financière des bénéficiaires du droit/des soins ;
- Ou encore l'existence de structures associatives/caritatives délivrant gratuitement des soins, y compris hospitaliers, aux populations précaires, en complément des opérateurs de soins publics et privés.

Il ressort de cette comparaison une difficulté générale de lisibilité des dispositifs liée principalement aux enchevêtrements de compétences entre niveaux de pouvoirs et à la connaissance assez limitée des pratiques réellement mises en œuvre sur le terrain et des hiatus potentiels entre le droit et la pratique.

Il ressort par ailleurs de cette comparaison le constat que le système français est, en partie en raison de son caractère centralisé, le plus cadré et le plus transparent de tous. Les conditions d'éligibilité, les droits, le panier de soins accessibles sont clairement posés limitant fortement l'exposition des personnels soignants à des prises de décision concernant la prise en charge ou non des patients pour telle ou telle pathologie, et aux conflits éthiques qui peuvent en résulter. L'AME est par ailleurs extrêmement documenté via les informations recueillies par l'assurance maladie et par l'ATIH pour les soins ambulatoires comme pour les soins et séjours hospitaliers. Comme vu au 1.1.2, le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires comme la consommation de soins et les coûts associés sont connus.

Les réponses reçues des postes diplomatiques auraient mérité d'être affinées car elles restent hétérogènes. Le coût des dispositifs équivalents à l'AME n'a par exemple été renseigné de manière précise que pour l'Allemagne et la Belgique. Il est impératif que l'analyse comparée soit approfondie.

Les difficultés de la comparaison n'empêchent pas d'approfondir quelques sujets issus de l'exploitation des réponses reçues. Ces points sont les suivants :

La restriction à un panier de soins urgents ou essentiels, incluant ou pas des maladies graves ou des douleurs aiguës, comporte une grande part de subjectivité : cette situation renvoie de fait la décision de prise en charge aux praticiens.

A l'exception de l'Espagne où le panier de soins ouvert aux étrangers en situation irrégulière (ESI) est identique à celui des résidents légaux, les sept autres pays font une distinction entre un noyau dur – les soins urgents ou essentiels ou visant à soulager la douleur – et d'autres soins. L'accès à ces deux catégories de soins est régi par des règles différentes. La définition du noyau dur est éminemment subjective. Ce constat fait écho aux difficultés d'interprétation susceptibles d'être

soulevées par la mise en œuvre de l'amendement sénatorial évoquées au 1.2.2. C'est *in fine* le praticien qui prendra la décision ce qui au demeurant est parfaitement logique.

La mission appelle cependant l'attention sur le fait que tous les médecins qu'elle a rencontrés, qu'il s'agisse des représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins, de médecins hospitaliers ou de médecins exerçant dans des établissements à but lucratif lui ont affirmé qu'ils soigneraient tout patient, quel que soit son statut, qui se présenterait à eux en invoquant une difficulté de santé et que ce processus de soins commencerait par un diagnostic effectué, si nécessaire à l'aide d'examens complémentaires et se poursuivrait en utilisant le meilleur des thérapeutiques existant en France. Cette position de principe fait honneur au corps médical de notre pays. Elle ne tranche pas la question du financement de ces soins. Elle marque cependant les limites des tentatives du législateur ou du pouvoir réglementaire d'encadrer les soins susceptibles d'être délivrés à des étrangers en situation irrégulière¹⁶.

Le dispositif français se singularise par ailleurs sur les points suivants vis-à-vis de certains pays :

- La liste des exclusions du panier de soins est limitée

Comme indiqué au 1.2.1.2, elle comporte quatre restrictions symboliques (la PMA, les médicaments à faible service médical rendu remboursés à 15 %, les médicaments princeps dès lors qu'existe un générique et les cures thermales). En Allemagne, la recommandation cadre adoptée par l'Union fédérale des caisses d'assurance maladie et les représentants des villes et arrondissements exclut non seulement les aides ménagères, l'insémination artificielle, la stérilisation et les soins à l'étranger, mais aussi les mesures de prévention et les programmes de soins programmés pour les maladies chroniques. Ces deux dernières exclusions sont très significatives. Au Danemark, un accouchement à terme (entre 37 et 41 semaines) n'a pas à être considéré comme un traitement médical d'urgence. Dans ce dernier pays, les services de santé liés à la grossesse ou les vaccinations pour enfants sont exclus des soins gratuits¹⁷.

Sans que nous ayons pu en déterminer la liste, la question peut donc se poser d'un élargissement des exclusions dans la législation française.

- En France le mécanisme d'autorisation préalable est très limité

C'est une différence majeure avec l'Allemagne dont le dispositif est articulé autour d'une autorisation préalable nécessaire pour les traitements hospitaliers non urgents ; la rééducation physique ; la psychothérapie ; les soins à domicile ; des dispositifs tels les chaises roulantes ; certains traitements dentaires.

Sous réserve que la procédure administrative ne soit pas disproportionnée au regard de l'objectif économique à atteindre, la question peut se poser de l'extension dans la législation française, pour les ESI et pour certains soins, d'un mécanisme d'entente préalable qui a existé autrefois en France pour les bénéficiaires de l'assurance maladie.

- Aucune participation financière n'est actuellement exigée en France pour les personnes qui relèvent de l'AME

¹⁶ Ces limites sont illustrées par ce qui s'est passé en Belgique où la dernière loi intervenue en la matière (la loi du 29 mars 2018 modifiant les articles 2 et 9 ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale) avait prévu dans son article 5 la création par la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité de la fonction de médecin-contrôle en vue d'établir une jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d'aide médicale urgente. La Cour Constitutionnelle a rejeté les recours déposés contre cette loi, mais elle a jugé que la fonction de médecin-contrôle ne saurait porter préjudice au principe d'appréciation souveraine du premier médecin. A ce jour aucun poste de médecin-contrôle n'a été ouvert et l'arrêté royal auquel renvoyait l'article 5 de la loi de 2018 n'est pas intervenu

¹⁷ Il nous est toutefois signalé qu'en 2019, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, chargé de surveiller l'application de la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), a déclaré que le Danemark ne respectait pas la Convention en question

Cette situation tranche avec celle des huit pays, bien qu'il ne faille pas oublier, qu'à la différence de nombreux pays, le bénéfice de l'AME n'est attribué en France que lorsque les revenus n'atteignent pas 809 € pour une personne seule. Dans sept pays à l'exception de l'Allemagne, une participation financière est prévue : en Belgique pour les soins non urgents (le ticket modérateur est payé par le patient lorsqu'il dispose d'un revenu supérieur à 1263 € pour une personne seule), au Danemark au cas par cas pour les soins non urgents, en Italie sauf pour les indigents et en Espagne avec l'obligation pour les étrangers en situation irrégulière d'acquitter 40 % du prix de vente au public des médicaments prescrits par le praticien. Au Royaume-Uni, la participation financière est la clef de voûte du dispositif avec un paiement d'avance selon un tarif fixé à 150 % du tarif du Service National de Santé ; les soins relevant strictement de l'urgence sont gratuits, mais les soins délivrés ultérieurement sont facturés. Enfin en Suisse, les ESI ont l'obligation, comme toute autre personne, de souscrire une assurance maladie : en cas d'urgence cependant et en l'absence de cette assurance, les soins sont pris en charge par les autorités locales ou le service social de l'hôpital.

Le constat de l'isolement de la France sur le sujet de la participation financière doit être doublement nuancé : l'accès à l'AME dans notre pays est soumis à une condition de ressources et plusieurs des autres pays étudiés exonèrent les indigents de toute participation financière (Belgique pour les soins urgents, Italie)¹⁸.

La question peut se poser de la réintroduction dans la législation française, au moins pour certains soins, d'une participation financière qui a existé entre 2011 et 2012 (droit de timbre).

- Dans le cadre de l'AME, la question de la possibilité de soigner l'étranger dans son pays d'origine n'est jamais posée

Cette absence de questionnement tranche avec la situation du Danemark où un traitement hospitalier continu (et non urgent) n'est possible que s'il n'est pas jugé raisonnable de renvoyer l'étranger vers un traitement dans son pays. Ce diagnostic est établi à la discrétion de l'hôpital prenant en charge le patient.

En France, ce questionnement n'existe que dans le cadre de la procédure d'obtention d'un titre de séjour pour soins prévus par l'article L.425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁸ On rappellera que, comme pour les assurés sociaux bénéficiaires de la C2S, une prise en charge à 100% du tarif sécurité sociale est assurée pour les bénéficiaires de l'AME contrairement aux assurés sociaux au-dessus du plafond de ressources qui doivent acquitter le ticket modérateur

2 DES PISTES DE PROPOSITIONS D'ÉVOLUTIONS DESTINÉES À RENFORCER LA CONFIANCE DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ET L'EFFICACITÉ DES SOINS

Les constats établis dans la première partie mettent en évidence, outre l'utilité sanitaire de l'AME et les conséquences de sa transformation éventuelle en AMU, un dispositif encadré sur le plan réglementaire, mis en œuvre et contrôlé de manière professionnelle par les services de l'assurance maladie et qui ne génère pas de consommations de soins faisant apparaître des atypismes, abus ou fraudes structurelles.

Le constat est également fait qu'il mérite d'être adapté. Le renforcement des contrôles opérés ne peut en effet totalement prémunir contre les risques d'abus ou de fraudes d'une manière générale. Les avancées passées ne doivent pas dispenser d'envisager de nouvelles mesures pour l'avenir. Cela d'autant que le sujet reste d'une très forte sensibilité. Ce dispositif continue à être scruté et régulièrement remis en cause. Des réassurances doivent continuer à être données pour préserver la confiance dans le fonctionnement de l'AME. Chaque mesure qui pourra réduire les risques d'une utilisation abusive ou inappropriée de l'AME contribuera à préserver cette confiance.

Nos propositions pour réformer l'AME sont présentées dans cette seconde partie. Nous nous sommes attachés à les développer animés par le souci de proposer des mesures proportionnées aux objectifs.

2.1 Compléter les mesures prises en matière de contrôles

2.1.1 L'émancipation des majeurs ayants-droits

Afin de répondre aux enjeux posés au 1.1.2.2, l'émancipation des majeurs ayants-droits fait partie des améliorations proposées par la mission. **Il s'agirait de réserver la qualité d'ayant-droit d'un « assuré » à l'AME aux seuls enfants mineurs.** Chaque majeur, conjoint, concubin, partenaire de PACS ou personne à charge, devrait ainsi déposer sa propre demande d'obtention du bénéfice de l'AME et répondre à l'ensemble des conditions prévues.

Il conviendrait en outre de s'interroger sur la notion de « personne à charge » d'un étranger en situation irrégulière.

2.1.2 Le resserrement de la vérification des conditions d'accès

Concernant la présence physique

Si l'article 2 du décret 2005-860 du 28 juillet 2005 oblige la remise physique des cartes AME à chaque bénéficiaire (« assurés et ayants-droits »), il n'en est pas de même pour le dépôt des dossiers. Pour les primo-demandes, les dépôts sont effectués sur place ou par l'intermédiaire de partenaires. Pour les renouvellements des envois postaux sont actuellement autorisés. **La mission propose que la présence physique du demandeur dans les locaux de la CPAM soit exigée pour toute demande d'AME (première demande et renouvellement), à l'exception bien sûr des cas d'impossibilité manifeste, notamment lorsque les demandeurs sont pris en charge par un établissement de santé.** C'est le cas notamment des situations couvertes par l'action des PASS qui réalisent à ce titre des missions indispensables et de qualité.

Concernant les justificatifs de l'identité

Les différents textes (décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 et la circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005) fixent les pièces justificatives de l'identité des demandeurs. En sus des

pièces traditionnelles (passeport, carte d'identité, ancien titre de séjour), des documents sans photographie ou « une attestation d'association reconnue ou d'un professionnel de santé » sont acceptées par les CPAM. Cette situation laisse des champs d'erreurs ou de fraudes sans possibilité réelle de les contrôler. La mission invite à une révision des justificatifs d'identité acceptables dans les dossiers de demandes d'AME. Ce travail pourrait être fait en lien avec les services du ministère de l'Intérieur **afin de partager les mêmes niveaux d'exigence que ceux applicables de manière générale aux contrôles et justificatifs de l'identité des personnes de nationalité étrangère**. Il serait utile que les personnels des CPAM puissent bénéficier de formations délivrées par les services du ministère de l'Intérieur (DCPAF) en matière des fraudes documentaires. Ce sujet est d'autant plus important à cadrer que dans bien des situations la carte AME est considérée par la suite comme un justificatif d'identité par les différentes institutions avec lesquelles le bénéficiaire peut être en contact.

Concernant la prise en compte des ressources financières

Les dispositions actuelles permettent, lorsqu'un demandeur de l'AME a pour conjoint, partenaire de PACS ou concubin, une personne de nationalité française ou en situation régulière, que les ressources de cette dernière ne soient pas prises en compte pour l'admission à l'AME. Au regard de l'émancipation de tous les majeurs bénéficiaires de l'AME et d'une cohérence des diverses situations, **la mission recommande que, dans tous les cas, les ressources à prendre en compte pour l'admission à l'AME soient celles de l'ensemble du foyer lorsque les personnes sont conjoints, partenaires de PACS ou concubins.**

Concernant les mineurs non accompagnés

Pour la prise en compte des mineurs non accompagnés (MNA) et leur admission au bénéfice de l'AME, les CPAM s'appuient sur la note d'information interministérielle DGS/SP1/DGCS/SD2B/DGOS/R4/DSS/2A/2022/209 du 18 novembre 2022 relative au guide de bonnes pratiques portant sur la première évaluation des besoins de santé des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés lors de la phase d'accueil provisoire d'urgence. Elle précise que les MNA peuvent bénéficier de l'AME soit pendant la période d'examen de la minorité et de l'isolement, soit en cas de refus de prise en charge par l'ASE (pas reconnu mineur). D'un point de vue procédural, ils bénéficient de facilités (instruction prioritaire, identité pouvant être justifiée par une association, dérogation de dépôt en personne, possibilité de dépôt des demandes par ou auprès d'associations...). Si l'ensemble de ces dispositions ne pose pas de question en amont, **elles peuvent en revanche inviter à réinstruire les dossiers de demande d'AME des MNA non reconnus et qui au final sont des majeurs**. Cette ré-instruction devrait être réalisée en appliquant l'intégralité des exigences concernant les premières demandes d'AME pour les majeurs.

Par ailleurs, **les dépôts des dossiers concernant les MNA devraient être réservés aux seuls services des conseils départementaux chargés de l'enfance et aux associations agréées par ces derniers.**

Enfin, il apparaît que l'administration de l'AME repose sur diverses circulaires qui se sont progressivement additionnées à l'occasion des réformes. Au regard des changements récents et des évolutions à venir, la rédaction d'une circulaire complète et actualisée accompagnée de l'abrogation des plus anciennes serait probablement utile à la bonne administration et la transparence des procédures de mise en œuvre de l'AME.

2.1.3 L'accès à des moyens de contrôle supplémentaires pour les CPAM

Comme cela a été mentionné, les CPAM disposent, pour réaliser certains contrôles, d'accès aux fichiers AGDREF et Visabio par l'intermédiaire d'applications web-services. Pour autant ces moyens sont limités dans leurs capacités actuelles.

Concernant AGDREF, les informations ne sont consultables par les CPAM qu'à la double condition de connaître l'identité et le numéro étranger (dit numéro AGDREF) du demandeur de l'AME. Cela signifie que les CPAM peuvent actuellement contrôler la validité d'un titre de séjour qui leur est

présenté mais ne sont pas capables de vérifier si une personne qui se déclare en situation irrégulière ne dispose pas dans les faits d'un titre ou une d'une autorisation provisoire de séjour valides. **Une amélioration des capacités de contrôle des CPAM consisterait donc en un accès à AGDREF permettant des recherches à partir d'une identité.**

Pour les visas, **l'accès prévu en 2024 au système européen d'informations sur les visas VIS** (Visas Information System) **permettra aux CPAM de compléter leurs capacités de contrôle sur l'ensemble des visas Schengen délivrés.** Cette proposition est d'une certaine manière symétrique de la recommandation n° 5 du rapport IGF-IGAS de 2019 sur l'accès par les consulats à une base relative aux bénéficiaires présents et passés de l'AME. Cette recommandation fait l'objet d'un décret en cours de publication.

2.1.4 Renforcer le suivi analytique de la population des bénéficiaires de l'AME et la consommation de soins

Comme cela a été indiqué au 1.1.1.1, l'analyse des flux des bénéficiaires révèle des évolutions contrastées selon les territoires, les classes d'âge, la proportion de bénéficiaires ayants-droits. Il est *a minima* nécessaire de détecter et de comprendre ces évolutions. Ce constat nous semble **justifier que l'assurance maladie suive et analyse plus régulièrement, à l'échelle nationale et départementale, la population des bénéficiaires de l'AME afin de détecter les signaux faibles, de caractériser les situations,** en lien, autant que de besoin, avec les services préfectoraux, et d'envisager si nécessaire des initiatives permettant de canaliser des pratiques suspectes.

De même, les échanges que la mission a pu avoir avec la CNAM comme avec la CPAM de la Seine Saint-Denis ont montré l'intérêt de **développer des analyses ciblées sur les plus gros consommateurs pour détecter d'éventuelles atypies.**

Enfin, l'organisation de contrôles réguliers des structures autorisées à recueillir des dossiers de demande d'AME (Maisons France Services, PASS) contribuerait à sécuriser l'amont de la procédure.

Les plans de contrôles annuels de l'assurance maladie devraient inclure des actions de cette nature.

2.1.5 Envisager de porter la durée de validité d'une admission à l'AME à 2 ans pour faciliter le renforcement des mesures de contrôle

La prise en compte des moyens qui permettent d'atteindre un niveau de qualité et de contrôle est cardinal. Chaque recherche de performance accrue en matière de contrôle va nécessiter des ressources supplémentaires donc un coût déjà parfois considéré comme trop important. Dès lors la question peut se poser de mettre en regard le niveau d'exigences et de contrôle et le délai de validité de la carte délivrée. Ainsi un délai accru pourrait permettre un contrôle plus approfondi et plus étendu sans moyen additionnel.

Dans cette hypothèse, le délai d'admission à l'AME pourrait être porté à 2 ans par la modification du 2° alinéa de l'article L.252-3 du CASF lorsque les pouvoirs publics considéreront que le niveau de contrôle mis en œuvre le permettra.

2.2 Réduire les ruptures de droits et améliorer l'inclusion dans les parcours de soins

2.2.1 Aligner le régime applicable aux demandeurs d'asile sur l'AME pour réduire les ruptures de statuts et de prises en charge

Le rapport IGF-IGAS de 2019 avait formulé la proposition de faire évoluer le régime de protection santé des demandeurs d'asile en appliquant l'AME à cette catégorie particulière de migrants. C'est en définitive la solution alternative présentée par les inspections qui a été mise en œuvre pour diminuer le risque d'attractivité médicale de la France : introduction d'un délai de carence pour

l'ouverture des droits à l'AME et réduction de 12 à 3 mois (6 en définitive) du maintien de droits à la PUMa.

Plusieurs bénéfices de la mesure étaient mis en avant par ce rapport conjoint :

- Une plus grande cohérence du dispositif de couverture santé des étrangers, les demandeurs d'asile ne contribuant pas plus au financement du système de santé que les étrangers en situation irrégulière, le coût de leur protection ne devrait en toute logique pas être pris en charge par l'assurance maladie ;
- Limiter l'instruction des changements de statuts pour les demandeurs d'asile déboutés (les plus nombreux) ;
- Offrir au Parlement une vision globale du coût de la prise en charge des non assurés sociaux.

La balance avantages/inconvénients d'une telle réforme est assez équilibrée.

Les principaux inconvénients soulevés seraient les suivants :

- Une réduction symbolique du panier de soins des demandeurs d'asile (cf. les 4 restrictions mentionnées au 1.2.1.2) ;
- Une augmentation mécanique du nombre de bénéficiaires de l'AME de l'ordre de 100 à 150.000 personnes selon les périodes dont on mesure bien la sensibilité politique ;
- Un alourdissement de charges de l'Etat (à due concurrence de l'allègement équivalent pour les crédits d'assurance maladie)¹⁹ ;
- La nécessité de casser la correspondance communément admise AME = étranger en situation irrégulière.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la correspondance AME = étranger en situation irrégulière est déjà inexacte en l'état actuel du dispositif puisque 25 % des bénéficiaires de l'AME sont des mineurs qui ne sont pas en situation irrégulière au regard du droit du séjour. Il serait à cet égard souhaitable que les statistiques distinguent parmi les bénéficiaires de l'AME, les ESI, les mineurs et le cas échéant les demandeurs d'asile.

Nous partageons avec la mission de 2019 les avantages mis en avant et souhaitons plus particulièrement insister sur la problématique liée aux conséquences des changements de statuts, pour les professionnels comme pour les personnes pour lesquelles ces droits sont prévus.

Au-delà de la charge de travail inhérente à la distinction entre demandeurs d'asile et ESI en matière de couverture santé pour les services instructeurs de l'assurance maladie, nous avons été particulièrement frappés lors de nos rencontres avec des professionnels de terrains (PASS, médecins hospitaliers, acteurs associatifs engagés dans l'accompagnement des publics précaires) par les conséquences induites par la complexité de la réglementation, les changements de statuts, les successions de séquences (droit ouvert, période de carence sous récépissé,...) et les discontinuités des droits qui peuvent en découler. L'alignement des droits simplifierait fortement le dispositif. Il résoudrait par ailleurs la question du maintien des droits à la PUMa des demandeurs d'asile qui continue à faire l'objet de critiques.

De plus, les données transmises par la CNAM comme l'enquête de l'IRDES de 2019 font apparaître que **les phénomènes de rupture de droits et de non-recours sont d'une ampleur qui justifie d'envisager toutes les initiatives possibles pour les réduire et cette mesure d'alignement des droits y contribuerait assurément.**

¹⁹ Le rapport IGF-IGAS mentionnait un coût supérieur à 200 M€.

Les bénéficiaires qui pourraient être retirés de cette mesure méritent de la mettre en débat. Nous relevons que d'autres pays en Europe, l'Allemagne et la Suède par exemple, appliquent le même régime en matière de santé aux demandeurs d'asile qu'aux ESI.

2.2.2 L'organisation à l'arrivée en France d'un bilan de santé pour les demandeurs d'asile et les primo-bénéficiaires de l'AME

L'ensemble des professionnels de santé et représentants d'organismes de santé publique s'est montré favorable à **l'organisation d'un bilan de santé pour les demandeurs d'asile et les primo demandeurs de l'AME qui n'en auraient pas bénéficié au titre d'une demande d'asile.**

Les personnes qui souhaitent séjourner régulièrement en France doivent satisfaire à la visite médicale, prévue par l'arrêté du 11 janvier 2006, organisé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Il n'existe aucune disposition équivalente pour les personnes demandeurs d'asile ou les personnes entrant irrégulièrement en France ou sous couvert d'un visa de séjour de durée, même si par le passé des expérimentations ou initiatives ponctuelles ont pu être prises et que l'OFII propose depuis 2021 un examen aux demandeurs d'asile.

Pour ne remonter que quelques années en arrière, le haut conseil de la santé publique a rendu un avis important « relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers²⁰, la direction générale de la santé a publié une instruction relative à la mise en place d'un parcours santé des migrants primo-arrivants²¹, enfin, le rapport IGF-IGAS de 2019 recommandait de mettre en place une visite médicale de prévention proposée systématiquement aux nouveaux bénéficiaires de l'AME.

Le HCSP a regretté lors de son audition de ne pas avoir été sollicité pour évaluer le dispositif du parcours santé et la recommandation 14 du rapport IGF IGAS n'a pas été mise en œuvre.

La mise en place d'un examen de santé pourrait pourtant avoir une vraie plus-value à l'entrée sur le territoire en matière de prévention et de dépistage mais également d'information et d'orientation dans le système de santé. Elle permettrait aux personnes de s'intégrer plus efficacement dans le système de soins. Les travaux de l'IRDES montrent que la durée de couverture des bénéficiaires à l'AME est corrélée à une meilleure intégration au système de santé, en ville en particulier.

Nous faisons donc le constat que l'idée fait consensus mais qu'elle a manqué de l'impulsion et de la mobilisation coordonnée des principales parties prenantes pour prendre corps autrement que sous formes d'expérimentations ou de mises en œuvre ponctuelles.

Nous ne mésestimons pas la difficulté qu'il y aurait à trouver les ressources médicales requises pour concrétiser un tel projet. Aussi semble-t-il préférable d'envisager un système pluriel, mobilisant différentes structures (service médical de l'OFII, centres d'examen de santé de l'assurance maladie, structures associatives engagées dans la délivrance de soins aux publics précaires...).

La définition d'un cahier des charges commun rédigé sous l'égide de la direction générale de la santé devrait permettre de définir les objectifs poursuivis, les moments auxquels réaliser ces rendez-vous santé et leurs modalités, les examens cliniques, biologiques, radiologiques et/ou de dépistage susceptibles de constituer le socle commun du bilan et les examens, de même nature, que les personnes pourraient à cette occasion être invitées à réaliser.

Une évaluation des moyens afférents et la définition d'un calendrier de mise en œuvre, échelonné le cas échéant dans le temps, devraient accompagner l'élaboration du cahier des charges pour compléter la démarche projet.

²⁰ Avis du 6 mai 2015

²¹ INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

2.2.3 L'informatisation de la carte de bénéficiaire

Le passage de la carte de bénéficiaire de l'AME sous un format de carte à puce de type carte vitale est une des recommandations du rapport IGF-IGAS de 2019 non mises en œuvre, y compris semble-t-il sous un mode dégradé qui permettrait de pousser le plus loin possible la dématérialisation.

Nous n'avons pas disposé du temps suffisant pour approfondir, ni avec la Direction de la sécurité sociale au nom du ministère, ni avec la CNAM en tant qu'opérateur, les raisons qui expliquent cette situation. Nos échanges avec le directeur général de la CNAM nous ont néanmoins permis de percevoir certaines d'entre elles (coût, complexité technique, niveau de priorisation parmi l'ensemble des projets de systèmes d'informations de la caisse).

Outre que cette conversion paraît s'inscrire dans le sens de l'histoire, **nous tenons à insister particulièrement sur les deux facteurs suivants qui nous conduisent à soutenir cette mesure :**

- L'ouverture à la télétransmission des actes des bénéficiaires de l'AME. L'enquête de l'IPP mentionnée au 1.2.1.2 met en évidence des refus de soins que subiraient les bénéficiaires de l'AME. Il semblerait qu'ils s'expliquent en partie par les formalités administratives et par la crainte de certains médecins de ne pas être payés pour une partie des actes facturés dans ce cadre. L'informatisation de la carte et la télétransmission des actes allégeraient la charge et réduiraient ces craintes ainsi probablement que les refus de soins²² ;
- L'effectivité du retrait du droit à l'AME pour les personnes frappées de mesures d'éloignement pour motif d'ordre public proposé au 2.3.1 pourrait être immédiate, par désactivation des droits, sans attendre le prochain renouvellement du droit comme avec la carte actuelle.

Il est certain que le coût de la mesure serait réduit par deux dans le cas où la durée des droits à l'AME passerait de 1 à 2 ans²³.

2.2.4 Envisager l'inclusion des bénéficiaires de l'AME dans des dispositifs de l'AM promouvant la prévention, facilitant l'organisation des parcours de soins coordonnés et renforçant leur efficacité et leur pertinence

On a vu au 1.2.1.2 que le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés n'est pas applicable aux bénéficiaires de l'AME, de même que l'accès à l'espace numérique en santé et l'utilisation du dossier médical partagé. Ils ne sont pas non plus inclus dans les campagnes nationales de dépistage mises en œuvre par l'assurance maladie. Ces restrictions peuvent affecter la fluidité et l'efficacité du parcours de soins des bénéficiaires de l'AME.

L'alignement du parcours de soins des bénéficiaires de l'AME sur celui des assurés sociaux contribuerait à renforcer leur efficacité et leur pertinence, ce qui est tout aussi important, tant en termes de santé publique que budgétaires, que pour les assurés sociaux.

Il est donc important d'étendre l'obligation de déclaration du médecin traitant et d'ouverture d'un dossier médical partagé aux bénéficiaires de l'AME.

De même, s'il s'avère compliqué pour des raisons techniques d'inclure les bénéficiaires de l'AME dans les campagnes nationales de dépistage de l'assurance maladie, la possibilité de les y raccrocher via les CPAM, dans le même esprit que les campagnes locales, transversales ou ciblées dans le cadre d'opération d'aller-vers mises en œuvre par certaines d'entre elles.

²² Le rapport d'inspections de 2019 préconisait également d'étendre le bénéfice du forfait patientèle médecin traitant aux bénéficiaires de l'AME comme levier complémentaire de lutte contre les refus de soins. Le contexte de la renégociation médicale pourrait créer l'occasion de mettre cette recommandation en application

²³ Coût de 5 € par an par bénéficiaire communiqué par la CNAM

2.3 Renforcer la cohérence entre les politiques de l'Etat

Définies par le premier alinéa de l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles, les conditions d'éligibilité à l'AME sont au nombre de deux : résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois sans être en situation régulière au regard du droit au séjour et disposer de ressources inférieures ou égales au plafond fixé par l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, c'est l'irrégularité du séjour qui justifie qu'on se préoccupe de la prise en charge des soins des personnes concernées dans le cadre d'un mécanisme d'aide sociale. Le maintien dans cette situation relève d'abord du traitement des situations d'irrégularité et non prioritairement de la mise en cause de l'accès aux soins.

Cependant, aucune des deux conditions d'attribution de l'AME ne tient compte, ni des décisions susceptibles d'être prises par une autorité administrative ou judiciaire à l'encontre de l'étranger bénéficiaire de l'AME, ni de la possibilité pour l'intéressé d'accéder effectivement dans son pays d'origine aux soins dont il a besoin. Il y a là une double lacune.

Par définition, l'AME est une aide sociale accordée par l'État : financée par le budget général, elle est l'expression, pour la couverture de certains soins, d'une forme de solidarité de la collectivité nationale à l'égard de ceux des étrangers en situation irrégulière qui ont des ressources modestes.

2.3.1 Le retrait du droit à l'AME pour les personnes frappées de mesures d'éloignement pour motif d'ordre public

Il est souhaitable que l'éligibilité à l'AME tienne compte, de manière complète, des décisions prises en matière d'éloignement par l'autorité administrative ou judiciaire à l'égard des bénéficiaires de l'AME.

Actuellement, cette prise en compte est asymétrique. Lorsqu'un bénéficiaire de l'AME obtient un titre de séjour, quelle qu'en soit la nature, il cesse de bénéficier de l'AME. La liste des documents attestant, lorsqu'ils sont en cours de validité, de la régularité du séjour en France d'un étranger est fixée par un arrêté interministériel du 10 mai 2017, pris pour l'application du I de l'article R.111-3 du code de la sécurité sociale.

En revanche, l'édition par une autorité administrative ou judiciaire d'une mesure d'éloignement du territoire est sans effet sur l'éligibilité à l'AME.

Il existe aujourd'hui en France trois types de mesures d'éloignement :

- *L'obligation de quitter le territoire français (OQTF)*. Cette mesure ne peut s'appliquer qu'à un étranger en situation irrégulière. En application de la « directive retour » qui régit les éloignements d'étrangers dépourvus de titre de séjour sur le territoire de l'Union européenne, un étranger qui fait l'objet d'une OQTF dispose d'un délai pour quitter volontairement le territoire de l'Union européenne. En France, ce délai est de trente jours à compter de la notification de la mesure. Un des motifs d'intervention d'une OQTF est la menace à l'ordre public que peut représenter la présence en France de l'étranger en situation irrégulière. Dans cette dernière hypothèse, le préfet peut supprimer le délai de départ volontaire. En 2022, 134.280 OQTF ont été prononcées par les préfets dont 13.132 pour un motif d'ordre public.
- *L'arrêté d'expulsion*. Il est pris par le préfet ou par le ministre. Il est toujours motivé par une menace grave à l'ordre public. Pour certaines catégories d'étrangers protégés par la loi, la mesure d'expulsion ne peut être prise qu'en cas de nécessité impérieuse pour la sûreté de l'État ou la sécurité publique et, pour les plus protégés d'entre eux, qu'en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'État ou liés à

des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes. En 2022, le nombre des arrêtés d'expulsion a été de 344.

- *L'interdiction du territoire français*, prévue par les articles 131-30 à 131-30-2 du code pénal, qui peut être prononcée, à titre définitif ou pour une durée de dix ans au plus, à l'encontre de tout étranger coupable d'un crime ou d'un délit. Cette peine entraîne de plein droit la reconduite du condamné à la frontière, le cas échéant, à l'expiration de sa peine d'emprisonnement ou de réclusion. En 2022, ce sont 2051 peines d'interdiction du territoire français qui ont été prononcées.

La proposition de la mission est que l'intervention d'une mesure d'éloignement concernant les étrangers dont le comportement constitue une menace pour l'ordre public entraîne la suppression du bénéfice de l'AME. Les intéressés continueraient toutefois à pouvoir faire l'objet du dispositif des soins urgents. La solidarité nationale ne peut pas jouer au bénéfice d'étrangers ayant fait l'objet au terme de procédures parfois très longues et respectueuses des droits de la défense d'une mesure d'éloignement pour ces motifs.

Si cette proposition était retenue, l'intervention de la mesure d'éloignement concernée serait immédiatement portée à la connaissance de l'assurance maladie. Un mode opératoire devrait être défini afin de s'assurer de l'effectivité la plus rapide possible de la suppression des droits. L'utilisation d'une carte de bénéficiaire informatisée faciliterait très probablement la mise en œuvre d'une telle procédure.

Cette proposition nécessiterait une modification de l'article L.251-1 du CASF.

2.3.2 L'introduction de l'examen d'une demande d'admission au séjour en amont du renouvellement des droits, une mesure débattue au sein de la mission

Il existe dans notre pays une clandestinité de longue durée vécue par des étrangers qui en font le choix par peur des mesures d'éloignement susceptibles d'être prises à la suite d'un rendez-vous en préfecture ou qui se maintiennent dans ce statut par méconnaissance de leurs droits. L'AME est de nature à contribuer au maintien dans cette clandestinité de longue durée puisqu'elle assure aux intéressés un accès gratuit à un panier de soins un peu inférieur à celui auquel ont accès les assurés sociaux, mais néanmoins conséquent, et qu'elle leur donne de surcroît accès à une série d'avantages sociaux pour eux-mêmes ou les membres de leur famille (tarifs réduits de cantines, de transport public, ... : cf 1.3.1).

Cette situation de clandestinité est regrettable :

- pour les étrangers eux-mêmes qui pourraient à l'occasion d'un rendez-vous en préfecture et d'un réexamen de leur situation administrative obtenir un titre de séjour ;
- pour l'État qui perd la connaissance des personnes en situation irrégulière en France. A la différence de beaucoup d'autres pays européens, la France ne tient pas de registre de la population présente sur son territoire. Et les autorités publiques comme les chercheurs doivent s'en remettre à des approximations pour évaluer le nombre des étrangers en situation irrégulière en France, la référence en la matière étant l'étude précitée de l'IRDES qui évaluait le nombre des clandestins à deux fois le nombre des bénéficiaires de l'AME, mais qui date de 2019.

Sur le plan des principes, il n'est pas acceptable qu'un étranger puisse rester en situation irrégulière sans que sa situation administrative ne soit réexaminée périodiquement par le représentant de l'État dans son département de résidence. Un tel réexamen lui donnerait éventuellement l'occasion d'obtenir un titre de séjour, hypothèse qui le ferait sortir de la clandestinité et donc du champ d'application de l'AME. Si l'examen à 360° prôné par le Sénat est retenu dans le texte définitif de la loi relative à l'immigration actuellement en cours d'examen au Parlement, l'étranger aurait ainsi la

certitude de voir l'administration examiner tous les motifs lui permettant d'obtenir un titre de séjour.

Dans l'hypothèse où ce réexamen serait mis en place, il pourrait être envisagé de soumettre le premier renouvellement du bénéfice de l'AME à la présentation par le demandeur d'une décision de refus de séjour datant de plus de trois mois et de moins de six mois.

Cette mesure ne fait pas consensus au sein de la mission pour les raisons suivantes :

Elle créerait une nouvelle condition d'éligibilité au renouvellement de l'AME, et nécessiterait une modification de l'article L 251-1 du CASF. Si l'examen du statut d'un ESI peut présenter un intérêt, il ne peut conditionner le bénéfice de l'AME. La pression pour faire sortir la personne de la clandestinité ne peut mettre en jeu le droit ou non d'être soigné dans des conditions qui prennent réellement en compte son état de santé. Soumettre l'examen de son dossier de renouvellement de l'AME à un nouveau refus de séjour conduirait de nombreux étrangers à ne pas faire la demande de ce renouvellement préférant renoncer aux soins plutôt que de se rendre en préfecture. La procédure d'accès à l'AME ne peut devenir un élément de « chantage » pour assurer le suivi des clandestins.

2.4 Renforcer le suivi des pathologies qui engagent la collectivité dans des soins chroniques et lourds

2.4.1 Étendre le recours à l'accord préalable

Le code de l'action sociale et des familles prévoit depuis 2020 dans son article L.251-2 que la prise en charge de certains actes, programmés et ne revêtant pas un caractère d'urgence peut être subordonnée à un délai d'ancienneté au bénéfice de l'AME de 9 mois. Lorsque l'absence de réalisation d'un de ces actes pendant la période de carence est susceptible d'entraîner des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne, sa prise en charge doit faire l'objet d'un accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Le décret du 30 octobre 2020 liste les prestations concernées par cette disposition qui concernent en particulier des poses de prothèses et d'implants cochléaires, ainsi que des interventions sur le canal carpien ou de la cataracte²⁴.

Les données transmises par l'ATIH indiquent qu'en 2022, 2178 interventions entrant dans le périmètre de l'arrêté ont été réalisées (dont 2117 sur des adultes) pour un coût total de 5.012.185 €.

²⁴ « Art. R. 251-3.-Les frais mentionnés au huitième alinéa de l'article L. 251-2 correspondent aux prestations suivantes, lorsqu'elles sont programmées, ne présentent pas un caractère d'urgence et ne concernent pas des bénéficiaires mineurs :

« 1° Les prestations mentionnées ci-après, réalisées en établissement de santé et liées à des pathologies non sévères, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :

- « a) Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;
- « b) Libérations du médian au canal carpien ;
- « c) Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
- « d) Allogreffes de cornée ;
- « e) Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;
- « f) Rhinoplasties ;
- « g) Pose d'implants cochléaires ;
- « h) Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
- « i) Interventions pour oreilles décollées ;
- « j) Prothèses de genou ;
- « k) Prothèses d'épaule ;
- « l) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
- « m) Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
- « n) Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
- « o) Gastroplasties pour obésité ;
- « p) Autres interventions pour obésité ;

« 2° Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :

- « a) Les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées au 1° ;
- « b) Les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières mentionnées au 1°

Les opérations de la cataracte (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie) représentent à elles seules 55 % de ces interventions, la pose de prothèses de genoux, second acte le plus réalisé représente 6,6 % du total. Le directeur général de la CNAM a indiqué que depuis l'instauration de ce mécanisme fin 2020, seulement une vingtaine de demandes d'accord préalable ont été présentées.

Notre mission considère que ce dispositif pourrait faire l'objet de deux évolutions.

2.4.1.1 Le basculement sous un régime d'accord préalable permanent des actes pris en application du 8^e alinéa de l'article L.251-2 du CASF

Le très faible nombre de demandes d'accord préalable présentées dans le cadre de la mise en œuvre de ce dispositif montre que les actes concernés par cette disposition n'ont dans leur immense majorité pas besoin d'être réalisés en urgence. Il ne devrait donc pas y avoir de préjudice à basculer pour ces actes dans un régime d'accord préalable permanent

La philosophie du dispositif serait légèrement modifiée. La mesure a été initialement envisagée pour limiter, par l'application d'un délai de carence, les « risques de tourisme médical ». Le mécanisme de l'accord préalable avait pour fonction de prévenir les risques de conséquences vitales ou graves et durables. Son application permanente traduirait la volonté de la collectivité nationale de s'assurer que la réalisation des interventions concernées est effectivement nécessaire. **Il n'y aurait plus d'automatisme pour ces actes, y compris au-delà de neuf mois.**

Une telle mesure nécessiterait une modification de l'article L.251-2 du CASF. Les mineurs continueraient à en être exclus. La préparation de la mesure législative conduirait à confirmer sa constitutionnalité et sa comptabilité avec les engagements internationaux de la France.

Elle entraînerait par ailleurs une charge pour le service médical de l'assurance maladie d'environ 2000 à 2200 dossiers par an sur les bases de l'activité enregistrée en 2022.

2.4.1.2 L'élargissement de la liste des actes inscrits dans le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020

La mission était invitée par la lettre de mission à s'interroger sur l'opportunité d'élargir la liste des interventions soumises à délai de carence/accord préalable ; les enseignements dégagés de la comparaison européenne ont apporté des éclairages utiles à cette réflexion.

En lien avec la proposition faite de passer d'un système à délai de carence à un système d'accord préalable, **l'idée directrice consisterait à élargir au sein du panier de soins la liste des prestations qui ne seraient plus délivrées automatiquement aux bénéficiaires de l'AME mais seulement après avoir fait l'objet d'une vérification de nécessité et de proportionnalité par le service médical de l'assurance maladie.**

Il s'agirait de conforter l'orientation prise en 2020, après qu'elle a été mise en œuvre et testée en situation réelle, et d'en élargir le socle.

Nous avons compris la complexité rencontrée, sur le plan médical et juridique, lors de l'élaboration du décret pour sélectionner les actes à rattacher à ce compartiment particulier du panier de soins. Notre mission n'a par ailleurs pas été en mesure de rouvrir ce sujet en l'absence de compétence médicale en son sein et en tout état de cause dans le laps de temps dont elle a disposé. Une telle évolution nécessite une instruction approfondie impliquant les principaux acteurs concernés, au niveau du ministère, de la CNAM et des professions concernées (ordres, sociétés savantes).

Les travaux que nous avons conduits nous permettent toutefois d'identifier des pistes qu'il pourrait être opportun d'étudier :

- L'extension aux actes de masso-kinésithérapie prescrits par des professionnels médicaux exerçant en ville ;

- L'appareillage auditif et optique et la pose de prothèses dentaires ;
- La prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ou les soins de suite et de réadaptation en étant très vigilant sur le fait que l'application d'une telle mesure n'entrave pas le développement de la HAD et ne crée pas de rupture dans le processus de prise en charge ;
- La prise en charge de soins chroniques et lourds. La prise en charge de ces soins est assurément porteuse d'une sensibilité particulière. Elle est abordée sous plusieurs angles dans la suite du rapport. Il peut s'agir à titre d'illustration de pathologies de type diabète, insuffisances rénale ou cardiaque, de polyarthrite rhumatoïde évolutive. Ces pathologies font partie de la liste, plus large, des maladies susceptibles d'être reconnues comme affection de longue durée (ALD). Les ALD sont à ce jour très mal renseignées pour les bénéficiaires de l'AME pour la raison principale que la reconnaissance d'une ALD n'a pour eux que peu d'incidence en matière de prise en charge des soins. Il n'en demeure pas moins qu'avant d'être un sujet de couverture de frais, ces pathologies traduisent un état de santé et induisent des soins chroniques et lourds pouvant inclure des mesures de suivi médical régulier.

La question pourrait donc être posée d'inclure dans le décret du 30 octobre 2020 les affections de longue durée, ou une sélection de celles pour lesquelles cela apparaîtrait le plus pertinent. Il devrait conduire à mettre en place un dispositif, se rapprochant par sa nature des conditions dans lesquelles les dossiers d'ADL sont instruits pour les assurés sociaux et font l'objet d'une validation par les services de l'assurance maladie. Il autoriserait la prise en charge des soins, à l'initiative du médecin traitant du bénéficiaire de l'AME. Cette mesure permettrait d'améliorer la connaissance des soins délivrés aux bénéficiaires de l'AME. Elle réassurera éventuellement le système sur la nécessité de prendre en charge ces traitements au long cours, y compris les frais connexes (transports sanitaires et les autres soins...)

Selon les choix qui seront faits, cette mesure pourrait nécessiter une modification de l'article L.251-2 du CASF. Elle entraînerait par ailleurs une charge supplémentaire pour le service médical de l'assurance maladie qu'il conviendra d'évaluer à la lumière des arbitrages qui seront rendus sur l'extension du périmètre des interventions concernées.

2.4.2 Des cohérences à trouver entre des prises en charge de soins chroniques et lourds et l'existence d'un dispositif de titre du séjour pour soins, une mesure débattue au sein de la mission

La mission a été amenée à s'interroger sur le point de savoir s'il serait souhaitable que l'accès à certains soins ne soit possible pour les bénéficiaires de l'AME qu'après vérification qu'ils ne peuvent pas accéder effectivement à ces soins dans leur pays d'origine.

La législation française prévoit la possibilité d'attribuer un titre de séjour à un étranger malade pour lui permettre de bénéficier de soins en France. Les trois conditions prévues sont :

- La résidence habituelle en France (elle est appréciée par la jurisprudence) ;
- Un état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour l'étranger des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- L'impossibilité pour l'étranger, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, d'y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Depuis la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France, l'autorité administrative, c'est-à-dire le préfet, statue après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

Il existe donc en France une procédure qui permet de vérifier si un étranger peut bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans son pays d'origine au regard d'une part de son état de santé, d'autre part de l'offre de soins et des caractéristiques du système de santé dans ce pays d'autre part.

La question de savoir si l'étranger qui demande l'ouverture ou le renouvellement de ce droit pourrait bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine n'est jamais soulevée dans le cadre de la procédure d'attribution de l'AME. Il est vrai que cet étranger n'est pas nécessairement malade au moment où il demande l'ouverture ou le renouvellement de ce droit.

Mais la question pourrait être posée lorsque le bénéficiaire de l'AME est atteint d'une affection nécessitant des soins chroniques et lourds. On a vu au 1.1.1.2 que les séances pour des patients relevant de l'AME ont connu une forte dynamique entre 2021 et 2022.

La poursuite de ces soins pourrait donc être subordonnée pour les bénéficiaires de l'AME, après délivrance des soins urgents, à la vérification que la personne concernée ne peut pas accéder effectivement dans son pays d'origine à un traitement approprié. Une telle procédure pourrait justifiée par le fait que l'offre de soins a progressé de manière sensible au cours des dernières années dans certains pays d'origine de l'immigration en France (Maroc par exemple, mais aussi Sénégal, Côte d'Ivoire, Algérie...) et que cette progression doit beaucoup aux contributions importantes de la France à des programmes multilatéraux du type OnuSida.

Lorsque le collège de médecins du service médical de l'OFII émettrait un avis indiquant que la personne peut effectivement accéder à un traitement approprié dans son pays d'origine, il lui serait proposé un rapatriement sanitaire. En cas de refus soit de l'intéressé, soit de son pays d'origine, les soins prodigués en France seraient à sa charge ou, le cas échéant, à la charge du pays d'origine en application de la convention liant ce pays à la France.

Cette mesure ne fait pas consensus au sein de la mission pour les raisons suivantes :

Des motifs à caractère humanitaire en premier lieu dès lors qu'elle aboutirait à organiser l'éloignement de personnes souffrant des pathologies les plus lourdes, présentes sur le territoire depuis plusieurs mois/années alors même que le constat est fait de la très grande difficulté à faire exécuter les OQTF prises à l'encontre de personnes en bonne santé.

Il en résulterait une incertitude accrue sur le devenir de ces personnes alors qu'elles doivent gérer sur le plan émotionnel, et parfois matériel, l'annonce de la maladie de ses conséquences.

Cette mesure reviendrait par ailleurs à exclure du panier de soins les pathologies concernées puisqu'à l'issue de la procédure, les soins ne pourraient être poursuivis que dans le pays d'origine ou en France dans le cadre d'un titre de séjour pour étranger malade ou, par défaut, des soins urgents et vitaux. En ce sens, cette mesure serait alternative, pour les pathologies concernées, au mécanisme de l'accord préalable.

Le processus décrit aboutirait de facto à faire du préfet l'autorité décisionnaire de la poursuite d'un processus de soins. La philosophie du dispositif ne viserait plus tant à s'interroger sur le point de savoir si la personne peut obtenir un titre de séjour en raison de son état de santé mais à statuer sur la poursuite des prises en charge médicales.

Enfin, cette mesure serait porteuse d'un risque de discontinuité de soins pour les personnes concernées et d'un report vers le dispositif des soins urgents et vitaux dès lors qu'il est illusoire d'imaginer que des personnes gagnant moins de 810 € par mois puissent prendre le coût des soins à

leur charge. Les malades se retourneraient vers l'hôpital, lorsque la dégradation de leur état de santé les y obligerait, exposant les professionnels de santé à des dilemmes éthiques.

2.4.3 Une réflexion à ouvrir sur les risques d'initialisation de soins chroniques et coûteux avant l'admission à l'AME

Comme cela a été évoqué au 1.2.1.3, des personnes peuvent accéder au système de santé dès leur arrivée sur le territoire alors qu'elles sont initialement détentrices d'un droit de séjour (visa touristique par exemple) ou à défaut via le dispositif des soins urgents et vitaux. L'urgence des situations impose leur prise en charge sans délais. Certaines de ces situations impliquent des soins ponctuels, d'autres des suites de soins ou traitements prolongés qui peuvent conduire les personnes concernées, si elles ne sollicitent pas ou n'obtiennent pas un titre de séjour pour raison de santé, à accéder dans un second temps à l'AME.

Cela peut constituer un canal d'entrée détourné au système de santé français. Plusieurs catégories de personnes peuvent être concernées, notamment celles qui entrent sur le territoire :

- Légalement avec un titre de séjour ou un visa et sont théoriquement couvertes par une assurance personnelle ou une convention bilatérale ;
- Légalement sans titre de séjour pour celles originaires des pays hors Union européenne pour lesquels des mesures spécifiques ont été prévues ;
- Illégalement et sont porteuses dès leur arrivée sur le territoire d'une pathologie nécessitant des soins chroniques et lourds.

Cette situation soulève à nos yeux deux types de problématiques différentes :

1/ celle de l'effectivité de la couverture assurantielle pour les 1ers (cf. vérification, durée de validité, risques couverts) ;

2/ celle de l'impact prolongé sur le système de santé induit par la prise en charge en urgence des seconds.

Dans un contexte où l'augmentation récente des soins prodigués au titre des soins urgents et vitaux a été signalée en première partie, il nous semble nécessaire de sécuriser les deux problématiques suivantes et d'engager des initiatives en ce sens, ce que nous n'avons pas été en capacité de faire :

- S'assurer en premier lieu que les dispositions qui encadrent l'obligation de souscription, auprès d'un opérateur agréé, d'une assurance couvrant d'éventuelles dépenses médicales et hospitalières prévue par le 2° de l'article L. 211-1 du CESEDA sont suffisantes sur le plan réglementaire et correctement contrôlées sur le plan pratique pour éviter que ne soient initialisés des parcours de soins, chroniques et lourds en particulier, en amont d'une admission à l'AME à la charge in fine de la collectivité (créances irrécouvrables pour les établissements de santé ; coût des soins urgents et vitaux) ;
- Réfléchir en second lieu à un dispositif qui éviterait de mettre les communautés médicales et la collectivité nationale devant le fait accompli suite à la prise en charge en urgence de patients nécessitant une prise en charge chronique et lourde.

Si la première n'est pas discutable, la seconde peut en revanche être interrogée. **Pour des patients qui viennent de pénétrer sur le territoire et qui ne bénéficient pas encore de l'AME, la poursuite d'une prise en charge chronique et lourde pourrait, dans ce cas, être subordonnée à l'éligibilité au titre du séjour pour étranger malade prévu par l'article L.425-9 du CESEDA.** La conception d'un tel mécanisme devrait s'envisager de manière à garantir sa constitutionnalité et sa compatibilité avec les engagements internationaux de la France.

Un dispositif de cette nature ne prémunirait pas contre tous les risques de contournement de l'esprit et de la lettre des modalités de prise en charge des étrangers en situation irrégulière en France ; sa mise en œuvre ne serait pas simple. Il constituerait toutefois un signal et contribuerait à réduire les risques identifiés en matière de tourisme médical.

*

* *

Paris, le 4 décembre 2023

M. Claude EVIN

M. Patrick STEFANINI

Récapitulatif des propositions de la mission

- Émancipation des majeurs ayants-droits pour le bénéfice de l'AME
- Resserrement de la vérification des conditions d'accès : identité (présence physique du bénéficiaire à chaque dépôt de dossier et retrait de cartes, amélioration de la formation des agents des CPAM à la détection de faux papiers), ressources du conjoint, mineurs non accompagnés
- Donner accès aux agents de l'assurance maladie à AGDREF sur l'identité et au téléservice VIS (consultation des visas court séjour et espace Schengen)
- Compléter les plans de contrôles de l'assurance maladie (analyse de la population des bénéficiaires de l'AME, des plus gros consommant)
- Aligner le régime applicable aux demandeurs d'asile sur l'AME pour réduire les ruptures de droits et de prises en charge
- Organiser à l'arrivée en France un bilan de santé pour les demandeurs d'asile et les primo-bénéficiaires de l'AME
- Informatiser la carte de bénéficiaire de l'AME
- Inclure les bénéficiaires de l'AME dans des dispositifs de l'assurance maladie promouvant la prévention et facilitant l'organisation des parcours de soins coordonnés
- Exclure du bénéfice de l'AME les personnes frappées d'une mesure d'éloignement du territoire pour motif d'ordre public
- Etendre le recours à l'accord préalable (application au-delà de 9 mois, extension à d'autres actes ou affections)
- Ouvrir une réflexion pour réduire les risques d'initialisation de soins chroniques et lourds avant l'admission à l'AME

Autres pistes de propositions ne faisant pas consensus

- Subordonner le renouvellement du bénéfice de l'AME à la présentation par l'étranger d'un refus de séjour
- Subordonner la poursuite de soins chroniques et lourds à la vérification que l'étranger en situation irrégulière ne peut bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine

ANNEXES

Annexe n° 1 : Lettre de mission



**Le Ministre de l'Intérieur
et de l'Outre-Mer**

**Le Ministre de la Santé
et de la Prévention**

**La Ministre déléguée auprès du
Ministre de la Santé et de la
Prévention, chargée de
l'organisation territoriale et des
professions de santé**

Paris, le **10 OCT. 2023**

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Conseiller d'Etat,

Le dispositif d'aide médicale d'Etat (AME) créé en 1999 permet de soigner les personnes démunies qui sont en situation irrégulière vis-à-vis du droit au séjour dès lors qu'elles sont présentes sur le territoire depuis plus de trois mois, en prenant en charge leurs soins essentiels. Il répond à un principe d'humanité et à un double objectif de santé publique et de pertinence de la dépense auquel le Gouvernement confirme son attachement.

Dans le cadre des discussions sur le projet de loi immigration et intégration dont l'examen se poursuivra au Sénat début novembre, a été adopté un amendement visant à remplacer l'aide médicale d'Etat (AME), par une aide médicale d'urgence (AMU) centrée sur la prise en charge des situations les plus graves. Ce dispositif d'AMU avait déjà été discuté, lors de l'examen en 2018 de la loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie et plus récemment, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2023. Le 7 juin dernier, a été également débattue à l'Assemblée nationale et rejetée une proposition de résolution soutenue par le groupe LR concernant le dérapage du coût de la couverture santé des étrangers en situation irrégulière. A ces différentes occasions, le Gouvernement a exprimé sa position défavorable à une évolution de l'AME en AMU, tout en étant ouvert à une évaluation concrète des dispositifs existants pour toujours plus d'efficacité sur le plan sanitaire et de pertinence de la dépense publique.

C'est dans ce contexte et cette perspective pragmatique que nous avons l'honneur de vous confier la mission de conduire cette évaluation du dispositif de l'AME et des éventuelles évolutions nécessaires. Il s'agira en premier lieu de mesurer l'effet des resserrements successivement introduits pour maîtriser la dynamique de l'AME et les efforts mis en œuvre dans la lutte contre la fraude.

... / ...

Monsieur Claude EVIN
Monsieur Patrick STEFANINI

Enfin, dans une logique de comparaison avec les dispositifs et les expérimentations mis en œuvre chez nos principaux partenaires européens, votre mission devra être l'occasion de proposer des éventuelles pistes d'évolution pouvant porter tant sur le contenu du « panier » de soins couvert par l'AME que sur les délais de carence mis en œuvre pour la prise en charge des pathologies non urgentes, avec l'impérieuse nécessité de santé publique que ces mesures ne dégradent pas l'état de santé des personnes concernées ou la santé des populations dans un territoire, pas plus qu'elles ne mettent en difficulté les établissements de santé.

Pour mener à bien vos travaux, vous tiendrez compte des travaux qu'a déjà pu mener l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ainsi que des politiques menées dans les autres pays européens. Vous vous appuierez sur la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins et la direction générale de la santé au ministère de la santé et de la prévention, de la direction générale des étrangers en France (DGEF) du ministère de l'intérieur et des Outre-mer ainsi que sur les données de la caisse nationale d'assurance maladie. L'ensemble des administrations de l'Etat seront également à vos dispositions pour toute aide utile dans votre mission.

Vous bénéficierez en outre de l'appui d'un membre de l'IGAS et d'un membre de l'IGA.

Nous souhaitons pouvoir disposer de votre rapport au plus tard le 15 janvier 2024, avec un premier rapport d'étape au 2 novembre 2023.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à la réflexion ouverte par les parlementaires sur une politique publique essentielle en matière de santé et d'immigration et vous prie de croire à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

*Très sincèrement
et vous remerciant.*



Gérald DARMANIN



Aurélien ROUSSEAU



Agnès FIRMIN LE BODO

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées

ASSEMBLEE NATIONALE

- Mme LOUWAGIE, députée

MINISTERE DE LA SANTE

- Dr Grégory EMERY, directeur général de la santé (DGS)
- M. Franck von LENNEP, directeur de la sécurité sociale (DSS)
- Mme Marie DAUDE, directrice générale de l'organisation des soins (DGOS)
- Mme Julie POUGHEON, conseillère spéciale auprès de la DGOS
- M. Arnaud GAUTHIER, sous-directeur de la stratégie et des ressources à la DGOS

MINISTERE DE L'INTERIEUR

- M. Eric JALON, directeur général des étrangers en France (DGEF)
- Dr. Sylvie RENARD-DUBOIS, conseillère médicale

PREFECTURE DE LA SEINE-SAINT-DENIS

- M. Jacques WITKOWSKI, préfet

POSTES DIPLOMATIQUES

- M. Francis BOUYER, conseiller affaires sociales et santé à l'ambassade de France en Allemagne
- Mme Alyssia BITON, ambassade de France en Belgique
- M. Bernard SIFFERT, ambassade France en Belgique
- M. Xavier SCHMITT, conseiller régional affaires sociales et santé (CRASS) pour la zone nordique à l'ambassade de France en Suède
- Mme Valérie MAUNOURY, adjointe au CRASS à l'ambassade de France en Suède
- M. Pierre PERARD, conseiller affaires sociales et santé à l'ambassade de France au Danemark
- Mme Marine LANDAIS, attachée de sécurité intérieur à l'ambassade de France au Danemark
- M. Amin MANSOURY, conseiller affaires sociales et santé à l'ambassade de France au Royaume-Uni
- Mme Mireille JARRY, conseillère affaires sociales et santé à l'ambassade de France en Espagne
- Mme Caroline Chulet Espagne
- M. Pierre GOUDIN, conseiller affaires sociales et santé à l'ambassade de France en Italie
- M. Laurent ALBERTI, consul général de France à Zûrich (Suisse)

AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

- Mme Amélie VERDIER, directrice générale

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

- M. Housseyni HOLLA, directeur
- Mme Véronique SAUVADET, cheffe de service FAE
- Mme Pauline RENAUD, cheffe de service Data

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

- M. Thomas FATOME, directeur général
- Mme Manon CHONAVEL, directrice de cabinet du directeur général

- M. Gonzage DEBEUGNY, DSES
- Mme Nadine COLINOT, DSES
- M. Philippe BLANC, DDO
- Mme Claire PLOUHINEC, DDO

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SEINE SAINT DENIS

- Mme Aurélie COMBAS-RICHARD, directrice générale de la CPAM 93
- M. Jean-Gabriel MOURAUD, directeur général adjoint de la CPAM 93

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION (OFII)

- M. Didier LESCHI, directeur général
- Dr Thanh LELUONG, directrice du service médical

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM)

- Dr René-Pierre LABARRIERE, président de la section exercice professionnel
- M. Francisco JORNET, directeur des services juridiques
- Mme Caroline NICET-BLANC, conseillère juridique de la section exercice professionnel

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE (CCNE)

- Pr. Jean-François DELFRAISSY
- Mme Juliette SEMPE, chargée de mission communication

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (HCSP)

- Pr. Didier LEPELLETIER, président
- Dr. Ann PARIENTE-KHAYAT, secrétaire générale
- Dr. François EISINGER, président de la Cs-DSMNT
- Dr. Pascal FORTIOLI, membre de la Cs-3SP
- Dr. Gilbert MOUNIER, membre de la Cs-3SP
- Dr. Renaud VERDON, membre de la Cs-MIME
- Dr. Virgine HALLEY-DES-FONTAINES, médecin de santé publique

CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES (CNS)

- Pr Patrick YENI, président
- Dr Carine FAVIER, présidente de la commission CNS-AME/droit au séjour pour soins
- Dr Pascal PUGLIESE, médecin commission CNS-AME/droééit au séjour pour soins
- M. Laurent GEFFROY, conseiller-expert auprès du CNS
- M. Michel SELSE, conseiller-expert auprès du CNS

FRANCE ASSO SANTE

- Mme Catherine SIMONIN, membre du bureau
- Mme Féreuze AZIZA, chargée de mission assurance maladie
- Mme Inès ALAOUI, responsable du plaidoyer de l'association Aides

SAMU SOCIAL DE PARIS

- M. Alain CHRISTNACHT, président
- Mme Vanessa BENOIT, directrice générale
- Dr Valérie THOMAS, directrice médicale
- M. Maxime CHERON, responsable de la mission migrants

MEDECINS DU MONDE

- M. Christian REBOUL référent migration
- Pr. Alfred SPIRA bénévole
- M. Samy SLIMANI travailleur social dans un CASO de Rouen
- M. Matthias THIBEAUD référent accès aux droits santé

EN FINIR AVEC LE SIDA (ASSOCIATION)

- Pr Nicolas VIGNIER
- Dr Pauline PENOT, représentante de la société française de lutte contre le sida
- Mme Caroline IZAMBERT

CENTRE MUNICIPAL DE SANTE D'AUBERVILLIERS (93)

- M. Fabrice GIRAUX, directeur

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS (93)

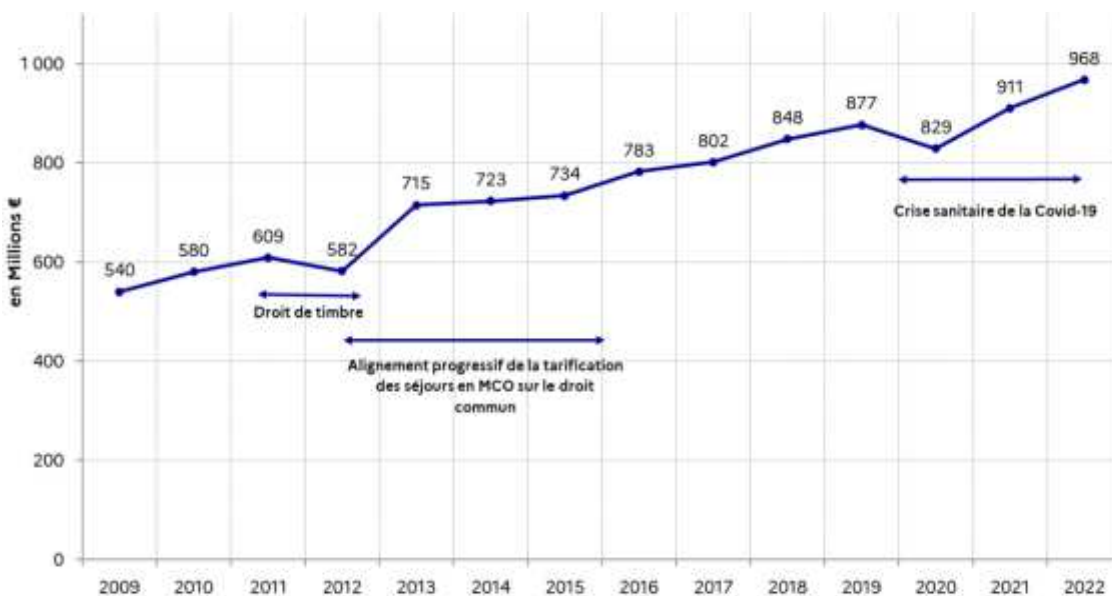
- M. Jean PINSON, directeur général
- Dr. Pascal BOLOT, président de la commission médicale d'établissement
- M. Yohann MOURIER, directeur général adjoint
- Dr. François LHOPE, chef de service de médecine interne
- Dr. Mitri DUJON, médecine référente de la PASS
- Dr. Elisabeth PASQUALONI, praticien hospitalière de médecine interne
- Mme Léa VIOSSAT, directrice des affaires médicales
- Mme Patricia BRIENNE, responsable des recettes et du circuit patient
- M. xx ATTAR, responsable facturation
- Mme Caroline BARBEREAU, responsable du service social
- Dr. Jérôme ABOAB, chef du pôle de santé publique
- Mme Nathalie ALBERT, directrice déléguée à la recherche aux coopérations et à la stratégie territoriale, référente du pôle santé publique
- Mme Natty TRAN, directrice du parcours patient et de la performance

COORDINATION DES PASS

- Mme Elisabeth PIEGUAY, coordination Auvergne-Rhône-Alpes
- Dr. Rémi LAPORTE, coordination PACA (Marseille)
- Dr. Pierre-Marie TARDIEUX, coordination PACA (Nice)
- Mme Elodie TARAL, coordination Occitanie

Annexe n° 3 : Données relatives à la consommation de soins des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents

1 - Evolution de la dépense de l'AME²⁵



Source DSS

2 - Evolution du nombre moyen de bénéficiaires de l'AME



Source DSS

3- Synthèse des dépenses, effectifs et dépenses moyennes par bénéficiaire

²⁵ Le nombre de bénéficiaires pris en compte dans ce graphique est une moyenne annuelle différente du nombre de bénéficiaires au 31 décembre utilisé dans d'autres parties du rapport

Année	Dépenses (en M€)	Dépenses en prestations hospitalières hors actes et consultations externes (en M€)	Dépenses en produits de santé (en M€)	Dépenses en autres soins de ville y compris actes et consultations externes (en M€)	Bénéficiaires (effectifs moyens)	Dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire
2009	540	367	66	97	210 236	642 €
2010	580	394	72	106	226 630	640 €
2011	609	422	72	114	215 002	708 €
2012	582	387	73	115	231 341	629 €
2013	715	487	83	122	274 441	651 €
2014	723	473	96	144	290 082	623 €
2015	734	459	106	155	307 771	597 €
2016	783	483	117	170	314 708	622 €
2017	802	489	126	183	312 830	641 €
2018	848	524	125	186	314 843	674 €
2019	877	547	121	200	330 183	664 €
2020	829	532	100	210	368 451	562 €
2021	911	559	117	197	380 493	598 €
2022	968	588	126	254	400 327	604 €

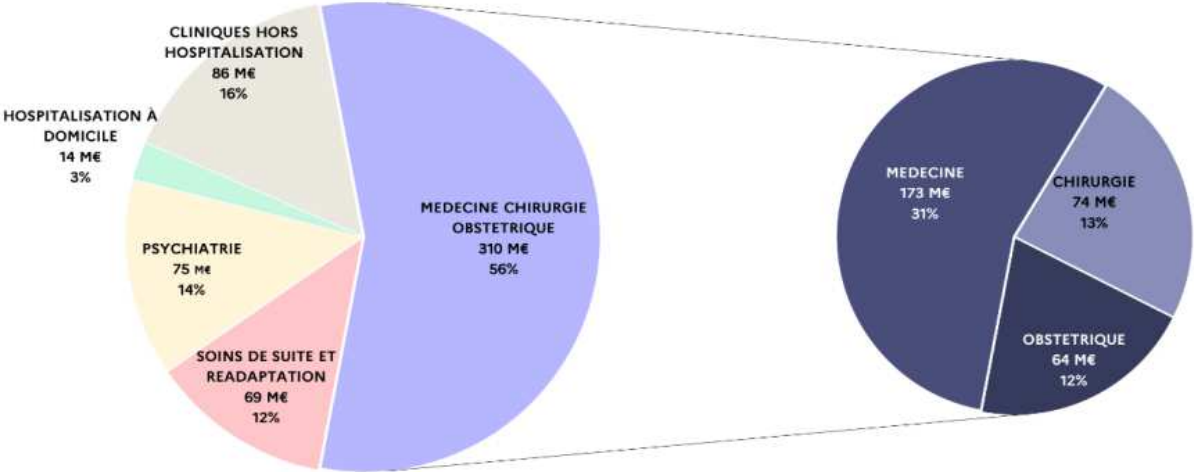
Source DSS

4- Nombre moyen de consommateurs par trimestre

2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*
165 427	194 458	205 832	216 759	224 357	217 706	220 377	227 089	215 956	249 497	272 035
127 612	150 059	158 782	169 720	174 558	168 162	170 644	171 039	150 466	172 527	186 383
15 806	19 002	20 003	22 205	23 510	23 176	23 306	30 825	30 771	39 194	44 750
15 805	19 798	22 401	25 635	28 861	31 470	34 747	38 680	37 801	51 490	57 414
41 571	48 148	50 645	53 084	56 160	56 070	56 917	57 887	54 644	70 337	70 507
134 578	157 958	166 753	173 456	182 102	175 863	176 667	180 916	165 863	191 999	214 023
26 144	32 251	36 220	38 742	41 949	42 418	43 300	45 340	41 224	49 632	54 421
3 622	4 266	4 669	5 107	5 639	5 930	6 384	6 384	6 530	7 661	8 123

Source CNAM

5 - Répartition par Champs d'activité



Source DSS

6 – Ventilation des séjours en établissements publics de santé MCO en 2022

ACTIVITE (nombre de séjours et séances)	TOTAL (MCO)	Répartition des séjours dans le nombre total de séjours AME
Digestif	9 214	7%
Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, colon, rectum	257	
Chir. hépato-biliaire et pancréatique	508	
Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies	1 834	
Hépto-Gastro-Entérologie	5 185	
Pneumologie	5 345	4%
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	3 520	3%
Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), pontages aorto-coronariens	224	
Chirurgie vasculaire	322	
Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques	68	
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	3 813	3%
Chirurgie du rachis, neuro-chirurgie	470	
Neurologie médicale	2 843	
Commotions cérébrales, Traumatismes crâniens	317	
Obstétrique	19 553	15%
Accouchements par voie basse	10 315	
Césarienne	3 705	
Nouveau-nés et période périnatale	1 661	1%
Hématologie	2 293	2%
Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs SID	2 161	
Greffe de moelle, Auto et Allogreffes de cellules souches	48	
Orthopédie traumatologie	3 394	3%
Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule	442	
Chirurgie autres de l'appareil locomoteur, amputations	2 236	
Chimiothérapie	1 092	1%
Chimiothérapie (hors séances)	1 092	
Uro-néphrologie et génital	4 076	3%
Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)	1 750	
Chirurgie Urologique	826	
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	3 971	3%
Médecine inter spécialités, Autres symptômes ou motifs médicaux	2 362	
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	1 366	
Endocrinologie	3 133	2%
Diabètes, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications)	2 959	
Maladies infectieuses (dont VIH)	1 495	1%
Fièvre, Infection, Sépticémie, VIH	1 495	
Dialyse (hors séances)	177	0%
Gynécologie - sein	1 862	1%
ORL, Stomatologie	2 742	2%
Rhumatologie	1 560	1%
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	563	0%
Douleur et soins palliatifs	563	
Tissu cutané et tissu sous-cutané	1 818	1%
Transplant. d'organes	44	0%
Toxicologie, Intoxications, Alcool	1 437	1%
Ophthalmologie	2 503	2%
Brûlures	158	0%
Radiothérapie (hors séances)	98	0%
Traumatismes multiples ou complexes graves	103	0%
Psychiatrie	1 031	1%
Séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...)	50 399	39%
TOTAL séjours en médecine et chirurgie	51 301	40%
TOTAL séjours en obstétrique	21 214	17%
TOTAL séjours en techniques interventionnelles	5 507	4%
TOTAL séances	50 399	39%
TOTAL des séjours et séances AME	128 421	100%

Source ATIH – Séjour et séances (hors séjours pour IVG) par domaines d'activité et activités réalisés en établissements publics de santé en MCO en 2022

7 – Durées moyennes de séjour des séjours de bénéficiaires de l'AME et des soins urgents

	Activité ex-DG, hors AME SU			Activité AME, secteur ex-DG		
	Nombre de journées d'hospitalisation 2022 (en milliers)	Nombre de séjours 2022 (en milliers)	Nombre moyen de journées d'hospitalisation par séjour	Nombre de journées d'hospitalisation 2022 (en milliers)	Nombre de séjours 2022 (en milliers)	Nombre moyen de journées d'hospitalisation par séjour
0-3 ans	5 193,4	1 120,8	4,6	56,8	8,4	6,8
4-17 ans	1 795,5	650,0	2,8	24,5	5,3	4,6
18-39 ans	7 106,7	2 077,1	3,4	174,0	35,4	4,9
40-59 ans	11 975,8	3 123,9	3,8	122,5	21,5	5,7
60 ans et +	29 388,7	4 805,6	6,1	49,6	7,3	6,7
Total	55 460,2	11 777,4	4,7	427,4	78,0	5,5

Source ATIH

	Activité ex-DG, hors AME SU			Activité SU, secteur ex-DG		
	Nombre de journées d'hospitalisation 2022 (en milliers)	Nombre de séjours 2022 (en milliers)	Nombre moyen de journées d'hospitalisation par séjour	Nombre de journées d'hospitalisation 2022 (en milliers)	Nombre de séjours 2022 (en milliers)	Nombre moyen de journées d'hospitalisation par séjour
0-3 ans	5 193,4	1 120,8	4,6	2,3	0,4	5,7
4-17 ans	1 795,5	650,0	2,8	1,1	0,2	4,9
18-39 ans	7 106,7	2 077,1	3,4	53,5	7,9	6,8
40-59 ans	11 975,8	3 123,9	3,8	41,6	4,5	9,2
60 ans et +	29 388,7	4 805,6	6,1	10,4	1,1	9,2
Total	55 460,2	11 777,4	4,7	108,9	14,2	7,7

Source ATIH

8 – Activité de séances

type de séances	National hors AME SU			AME				SU		
	2022			2022				2022		
	nombre de séances	nombre de séances 21/22	nombre de séances 19/22	nombre de séances	Ratio séances / population générale	nombre de séances 21/22	nombre de séances 19/22	nombre de séances	nombre de séances 21/22	nombre de séances 19/22
Dialyse	1 714 392	-0,3%	+0,4%	27 263	1,6%	+17,5%	+10,9%	7 021	+120,7%	+149,2%
Chimiothérapie pour tumeur	2 371 969	+4,3%	+13,2%	10 033	0,4%	+19,4%	-1,2%	1 149	+124,6%	+253,3%
Chimiothérapie pour aff. Non tumorale	768 719	+3,6%	+19,9%	4 673	0,6%	+15,5%	+50,9%	336	+30,2%	+229,4%
Radiothérapie	2 076 066	-3,5%	-0,9%	7 163	0,3%	+34,6%	-2,2%	601	+183,5%	+218,0%
Transfusion	224 464	+1,3%	+8,5%	998	0,4%	+33,2%	+15,4%	109	+186,8%	+354,2%
Aphérèse	41 951	+2,1%	+3,3%	225	0,5%	+32,4%	+15,4%	<11	+100,0%	+100,0%
Oxygénothérapie hyperbare, en séances	43 226	+12,3%	-13,2%	44	0,1%	-10,2%	+12,8%	0		
Total	7 240 787	+0,7%	+5,9%	50 399		+20,2%	+8,9%	9 220	+118,3%	+166,5%

Source ATIH

9- Activités de transplantations

libellé	National hors AME SU			AME			
	2022			2022			
	nombre de séjours	nombre de séjours 21/22	nombre de séjours 19/22	nombre de séjours	Ratio séjours / population générale	nombre de séjours 21/22	nombre de séjours 19/22
Transplantations hépatiques	1 205	+2,6%	-8,0%	20	1,7%	+42,9%	-4,8%
Transplantations pancréatiques	93	+20,8%	-3,1%	<11		+100,0%	+100,0%
Transplantations pulmonaires	313	-3,4%	-20,8%	0			-100,0%
Transplantations cardiaques	407	+5,2%	-3,1%	<11		-33,3%	-60,0%
Transplantations rénales	3 182	+3,2%	-9,6%	20	0,6%	-4,8%	-16,7%
Autres transplantations	0			0			
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	1 977	-8,0%	-0,2%	14	0,7%	-17,6%	-30,0%
Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	2 621	-9,2%	-16,4%	33	1,3%	-2,9%	+17,9%
Greffes de cellules souches hématopoïétiques, en ambulatoire	440	+6,3%	+22,9%	<11			
	10 238	-2,4%	-8,7%	92		+2,2%	-8,9%

Source ATIH

10 – Evolution de l'activité de soins urgents

	2022		Evolution 2021/2022			Evolution 2019/2022		
	Nombre de séjours/ séances	Volume économique yc suppléments (en M€)	Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure	Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure
Séjours	14 216	57,60	+12,0%	+15,3%	-2,9%	+39,6%	+60,3%	-12,9%
Séances*	9 220	3,53	+119,1%	+118,3%	+0,3%	+172,4%	+166,5%	+2,2%
Total	23 436	61,13	+15,3%	+41,6%	-18,6%	+43,6%	+90,1%	-24,4%

Source ATIH

Annexe n° 4 : Tableau comparatif des conditions d'accès et de prise en charge des soins pour les ressortissants étrangers en situation régulière ou non

Couverture maladie	Soins urgents	AME	PUMa
Conditions d'accès	Ne bénéficier aucune couverture particulière (AME ou PUMa)	Résider en France en situation irrégulière au regard du droit au séjour Avoir des ressources inférieures à un plafond fixé par voie réglementaire (809,90€ par mois pour une personne seule depuis le 1/04/23)	Régime de droit commun pour les assurés sociaux français Pour les étrangers en situation régulière, résider au moins 6 mois dans l'année ou travailler en France depuis 6 mois, disposer d'un titre de séjour figurant dans l'arrêté du 10 mai 2017
Délai de carence	Aucun	3 mois de présence irrégulière sur le territoire pour les soins de droit commun (sauf les mineurs) 9 mois de bénéfice de l'AME pour un certain nombre de soins fixés par voie réglementaire (sauf pour les mineurs) Possibilité de déroger au délai de carence de 9 mois sur accord préalable du service médical de l'assurance maladie	3 mois (L'assuré peut demander l'ouverture de ses droits dès 3 mois de résidence en France)
Panier de soins	Soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de votre état de santé ou de celui d'un enfant à naître. Soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité Soins dispensés à une femme enceinte et à un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement. Interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical)	Exclusion du panier de soins des assurés des médicaments princeps, des médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 %), des actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et des cures thermales ; L'accès aux prestations programmées qui ne présentent pas un caractère d'urgence telles que fixées par l'article R. 251-3 du CASF est conditionné à un délai d'ancienneté de 9 mois (ou à un accord préalable)	Même panier de soins pour les étrangers en situation régulière que celui des assurés sociaux de nationalité française
	Prise en charge de l'intégralité des soins couverts par le dispositif pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais	Prise en charge de l'intégralité des soins du panier de soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais pour ces soins Pas de protection contre les dépassements d'honoraires Pour les prestations relevant du 100% Santé, prise en	<u>Pour les assurés bénéficiaires de la C2S</u> (même plafond de ressources que l'AME) : Prise en charge de l'intégralité des soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais pour ces soins Protection contre les

Mission sur l'aide médicale de l'Etat

<p>Conditions de prise en charge financière</p>		<p>charge dans la limite des tarifs de la sécurité</p> <p>Pour les étrangers en situation irrégulières dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources, 100% des coûts à prendre en charge par les intéressés</p>	<p>dépassements d'honoraires</p> <p>Accès au panier de soins optiques, dentaires et audio prévu du 100% Santé (forfaits de prise en charge au-delà des tarifs de la sécurité sociale)</p> <p><u>Pour les assurés dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources,</u> régime de droits commun, prise en charge dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, paiement du ticket modérateur.</p> <p>Possibilité d'accéder à une complémentaire santé privée (individuelle ou collective si salarié)</p>
--	--	---	--

Annexe n° 5 : Comparaison des conditions d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière en Europe occidentale



Allemagne :

Propos liminaire :

La législation allemande n'a pas évolué depuis le rapport de l'IGF. J'ajoute simplement que l'obligation pour les services de santé des Länder et des communes de transmettre à l' « administration des étrangers » le nom des personnes sollicitant un bon de prise en charge médicale réduit l'effectivité du droit aux soins. Les associations indiquent que le recours aux offres médicales anonymes et largement gratuites est donc privilégiée par les intéressés.

En revanche, le débat est bel et bien actuel. Sous le contrôle collectif, la politique de l'actuel gouvernement fédéral superpose une stratégie pro-active d'attractivité de la main-d'œuvre qualifiée, sans laquelle la croissance (2 millions d'offres d'emploi non pourvues) et la soutenabilité des régimes sociaux ne sont pas assurés et qui s'est traduite cette année par une loi brisant des totems allemands en matière de qualifications (maîtrise de la langue, préservation, par la reconnaissance des diplômes, du système de certification professionnelle notamment), et un resserrement net ces dernières semaines du discours sur les transferts sociaux (sur le projet de garantie existentielle pour les enfants, le ministre fédéral des Finances FDP a clairement assimilé pauvreté et immigration), la demande d'asile (hors Ukrainiens) et les reconduites à la frontière, suite notamment aux succès consécutifs de l'AFD aux élections régionales.

Dans ce contexte, le débat sur l'accès aux soins, dentaires en l'espèce, des étrangers en situation irrégulière a rebondi il y a qq semaines à l'initiative du chef de la CDU, Friedrich Merz (sur le mode « ils se font refaire les dents gratuitement pendant que ceux qui paient leurs cotisations ont des prestations au rabais », point qui a été contesté, y compris par les associations de médecins conventionnés). Lors de l'accord politique entre la Fédération et les Länder annoncé hier, un accord sur le durcissement des règles d'accès aux prestations sociales et aux soins des demandeurs d'asile a été trouvé. Alors que les demandeurs d'asile basculent actuellement au bout de 18 mois dans le droit commun de l'aide sociale et peuvent s'affilier à une caisse d'assurance-maladie (donc accéder au panier de droit commun), il a été décidé de porter cette échéance à 36 mois. Donc l'accès à un panier de soins réduit sera prolongé.

La durée moyenne d'une procédure d'asile est actuellement de 7,6 mois en Allemagne. Il me faudra donc vérifier à quel accès aux soins peut prétendre un bénéficiaire du statut avant l'échéance des 18 mois ainsi que les règles applicables aux étrangers en situation irrégulière n'ayant pas déposé de demande d'asile. Je lis dans la loi sur les DA que son champ d'application s'étend aux personnes en situation irrégulière faisant l'objet d'une OQTF donc les règles rappelées dans le rapport de l'IGF s'appliquent a priori également à eux. Nous allons bien le vérifier.

- **Lors des 18 premiers mois de présence en Allemagne, les demandeurs d'asile et étrangers en situation irrégulière bénéficient d'un droit aux soins dérogatoire du droit commun**

Le cadre législatif est posé par la loi sur les prestations bénéficiant aux demandeurs d'asile du 5 août 1997²⁶, modifiée.

- **Panier de soins**

La loi prévoit pour les 18 premiers mois de présence sur le territoire fédéral un régime de prise en charge médicale dérogatoire du droit commun.

Les urgences sont toujours prises en charge. Cela résulte tant du droit humanitaire général que, indirectement, des termes du § 6a de la loi, selon lesquelles « qui accomplit des soins en urgence a droit au remboursement des dépenses induites ».

Le § 4 de la loi précise le champ des soins dus au-delà de la prise en charge des urgences. Celui-ci s'étend :

- Aux **soins médicaux et dentaires nécessaires pour le traitement de maladies et douleurs aiguës**, y compris la fourniture de médicaments, de bandages et la dispensation de tout acte nécessaire pour l'apaisement, l'amélioration ou la guérison desdites maladies et de leurs suites,
- **Au suivi des grossesses et à l'accompagnement post-grossesse**, par des médecins, sages-femmes ou aides-soignants, par la dispensation de médicaments, de remèdes ou de pansements,

²⁶ Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)



Allemagne :

- Et à un **schéma vaccinal complet**.

- **Champ des bénéficiaires**

Ce régime dérogatoire de prise en charge est commun aux demandeurs d'asile et aux étrangers sans titre de séjour régulier.

Le champ d'application de l'AsylbLG, précisé dans son § 1, couvre les personnes :

- Disposant d'un titre de séjour en application de la loi sur l'asile,
- Déclarant chercher l'asile,
- Souhaitant entrer en Allemagne par un aéroport qui se sont vus refuser une autorisation d'accès ou n'ont pas encore obtenu cette autorisation,
- Disposant d'un titre de séjour en raison d'un état de guerre dans un pays, pour lequel le Land ordonne l'octroi d'un droit au séjour d'office (le cas échéant restreint à certaines populations),
- Disposant d'un titre de séjour provisoire pour raisons humanitaires, personnelles ou d'intérêt supérieur commandant son maintien provisoire en République fédérale,
- Expulsables mais disposant d'une **autorisation de séjour provisoire datant de moins de 18 mois** délivrée en raison d'obstacles juridiques ou de fait rendant sa sortie du territoire difficile dans un délai prévisible,
- **Bénéficiaire d'une « tolérance »** : ces derniers demeurent juridiquement expulsables mais disposent d'un titre officiel, non constitutif d'un droit de séjour, attestant de la suspension de leur expulsion ; la tolérance est délivrée pour diverses raisons (absence de documents de voyage, santé, enfants, formation ou travail). En 2022, sur 304 000 personnes devant quitter le territoire, 248 000 ont bénéficié d'une tolérance,
- **Ayant obligation de quitter le territoire, même lorsque la « menace » d'expulsion n'est pas encore ou n'est plus exécutoire,**
- Les **époux, conjoints ou enfants mineurs** liés aux personnes mentionnées ci-dessus, même lorsqu'ils sont dans une situation différente,
- Ont déposé une demande complémentaire ou une deuxième demande d'asile.

- **Durée de la protection**

Il n'y a pas de délai de carence pour le bénéfice des dispositions susmentionnées.

- **Modalités concrètes d'accès aux droits et variations régionales du panier de soins**

Lorsque des soins sont réalisés en **urgence**, le **secret médical est étendu aux personnels administratifs** des hôpitaux et du service (régional ou communal) d'aide sociale.

Pour les **soins sont rendus en application du § 4**, il revient à l'« administration compétente » d'en assurer l'effectivité. L'Etat fédéral ne dispose pas en Allemagne de services déconcentrés. Il revient notamment aux Länder et aux communes d'assurer l'exécution des lois fédérales. En l'espèce, ce sont généralement les services d'action sociale (Sozialämter) des Länder ou, par délégation, des communes qui sont compétents.

Les Länder ont défini différents modes exécutoires :

- Concernant le **rôle des communes** : soit une réglementation applicable à l'ensemble du Land est en vigueur, soit une réglementation-cadre que mettent en œuvre les seules communes le souhaitant ;
- Concernant **l'extension et les modalités concrètes de la prise en charge** (cf annexe) : certains Länder soumettent la prise en charge des soins à la délivrance par le service de l'aide sociale d'un bon de prise en charge, d'autres une prise en charge directe par une caisse d'assurance-maladie.

**Allemagne :**

Le § 264 du livre V du code des lois sociales, relatif à l'assurance-maladie, prévoit en effet **qu'une prise en charge par les caisses d'assurance-maladie est possible sur décision du Land** et sous réserve qu'un **accord-cadre** soit conclu avec celui-ci, y compris, le cas échéant, pour la délivrance de cartes de santé électroniques.

Comme le prévoit l'article précité, **l'union fédérale des caisses d'assurance maladie et les congrès allemands des villes, des arrondissements et des villes et communes ont adopté une recommandation-cadre** pour la mise en œuvre de ces dispositions.

La recommandation-cadre **limite, pour le traitement des maladies chroniques, la couverture aux soins qui ne peuvent être repoussés ou qui sont indispensables pour prévenir une aggravation grave ou critique de la maladie**. Sont également notamment **exclus** par le règlement cadre les mesures de prévention, les aides ménagères, l'insémination artificielle, la stérilisation, les programmes de soins programmés pour les maladies chroniques, les soins à l'étranger, les prestations monétaires²⁷.

Y sont soumis à une **autorisation préalable les traitements hospitaliers non urgents, la rééducation physique, la psychothérapie, les soins à domicile, les dispositifs tels les chaises roulantes, certains traitements dentaires** (fractures de la mâchoire, orthodontie, parodontite). De tels accords-cadres ont été conclus à **Berlin, dans le Brandebourg, en Basse-Saxe, en Rhénanie-du-Nord-Westphalie, en Rhénanie-Palatinat, au Schleswig-Holstein et en Thuringe**.

Pour l'application du §4, le secret médical n'est pas étendu aux services d'action sociale.

- **Effectivité du droit aux soins**

L'application du §4 est bien effective puisque, selon l'office fédéral de la Statistique, le montant des dépenses afférentes s'est élevé en 2022 à près de 690M€ (3^{ème} colonne du tableau ci-dessous) :

En revanche, le caractère **largement inopérant** du cadre réglementaire **pour les étrangers sans titre de séjour régulier** fait consensus parmi les acteurs institutionnels et associatifs concernés :

- pour délivrer un bon de prise en charge, les services d'aides sociales vérifient la réalité de l'indigence, ce qui s'avère sans papiers et sans compte en banque difficile ;
- bien qu'en partie harmonisé, le panier des soins correspondant aux maladies et douleurs aiguës est variable selon les Länder et peut être laissé à l'appréciation du soignant ;
- les services d'aide sociale sont en principes tenus de saisir l'administration des étrangers lorsqu'un bon de prise en charge est sollicité ;

Même en cas d'urgence, les hôpitaux peuvent voir contester par le bureau d'aide sociale la réalité de l'urgence.

Toutefois, 10 Länder sur 16 soutiennent des centres de clearing (Clearingsstellen), dont une grande partie peut délivrer des bons de prise en charge anonymes.

Le Land de Thuringe, à titre d'exemple, soutient depuis 2017 l'association « bon de santé anonyme Thuringe » ; celle-ci s'appuie sur 35 médecins, qui délivrent des bons de prise en charge anonymes pour des Allemands sans couverture sociale comme pour des étrangers sans titre de séjour. Ces bons couvrent, auprès de l'ensemble des hôpitaux et médecins installés dans le Land, les soins jusqu'à un plafond de 500€ ; au-delà, l'association doit au préalable garantir le remboursement des soins. En 2022, environ 260 personnes ont ainsi bénéficié de 340 traitements pour un budget total de 350 000€. En 2020, 40% des actes relevaient de la gynécologie et de l'accouchement, 1/5 de la médecine générale, 1/10 des soins dentaires. Les associations s'inquiètent toutefois, au regard de l'augmentation de la demande et des changements de constellations politiques, de la continuité des financements.

En pratique, les personnes en situation illégale se tournent largement vers l'offre associative, en grande partie gratuite. Celle-ci peut prévoir une participation du patient aux frais mais aucune règle générale n'est définie.

- **Au bout de 18 mois, les demandeurs d'asile basculent dans le régime de l'aide sociale et bénéficient d'un panier de soins proche du droit commun**

²⁷ https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf



Allemagne :

1. Situation générale

En effet, le livre XII du code des lois sociales, relatif à l'aide sociale dont l'aide sociale en santé, s'applique aux personnes « séjournant depuis 18 mois sans interruption notable sur le territoire fédéral et qui n'ont pas influé sur la durée de ce séjour en violation des règles de droit ». Cette dernière précision exclut du bénéfice de l'aide sociale de droit commun notamment les personnes s'étant soustraites à une décision d'expulsion et celles pour lesquelles un autre État membre de l'UE est responsable de la procédure d'asile en vertu du règlement Dublin III et dont la demande d'asile en Allemagne est de ce fait irrecevable.

Au terme de 18 mois de présence justifiée en Allemagne, ils peuvent donc, sans être assuré social, être rattachés à une caisse d'assurance-maladie et bénéficier du panier de soins de droit commun. Pour mémoire, la durée moyenne de traitement d'une demande d'asile est actuellement légèrement supérieure à 7 mois.

La caisse d'assurance-maladie prend en charge les soins, qui lui sont remboursés, en sus d'un forfait de traitement administratif, par l'autorité compétente en matière d'aide sociale (Land ou commune). **Ces dispositions s'appliquent en particulier aux réfugiés, demandeurs d'asile et « tolérés ».**

2. Conséquences pour les étrangers sans titre de séjour régulier

La législation allemande ne prévoit pas de règle explicite sur la prise en charge sanitaire des étrangers sans titre de séjour régulier au-delà des 18 premiers mois de leur présence sur le territoire fédéral. Ils ne peuvent en tout état de cause produire de titre séjour, fait générateur du déclenchement de cette durée.

Dans le silence des textes, **l'AsylBLG continue à s'appliquer à eux au-delà de 18 mois**, avec l'effectivité opérationnelle réduite décrite au point e).

3. Actualité du débat politique

Le débat politique a été récemment relancé à l'initiative du chef de l'opposition CDU-CSU, Friedrich Merz. Prenant l'exemple des soins dentaires, celui-ci estimait que les étrangers « tolérés » pouvaient bénéficier de soins dentaires intégraux et gratuits alors que les assurés sociaux peinaient à obtenir des rendez-vous dentaires.

Ce point a été contesté par les associations de médecins, les associations de solidarité et une partie de la classe politique.

Toutefois, à la faveur du débat opposant depuis plusieurs mois l'Etat fédéral et les Länder sur la prise en charge des dépenses d'hébergement des demandeurs d'asile, la durée des procédures d'asile et l'effectivité des reconduites à la frontière, un compromis, incluant les questions de santé, a été trouvé le 6 novembre 2023.

Il est convenu que **le bénéfice de l'aide sociale de droit commun, dont l'aide sociale sanitaire, ne soit désormais accordé qu'au bout de 36 mois**. L'Etat fédéral s'engage à proposer « prochainement » les modifications législatives correspondantes et les Länder à une procédure accélérée au Bundesrat.

- **Annexe : Carte de santé pour les demandeurs d'asile et prise en charge selon les Länder**

La carte de santé (Gesundheitskarte) permet aux municipalités et aux Länder d'offrir un accès aux soins plus rapide aux demandeurs d'asile (et autres statuts correspondants), **et de réduire la charge administrative** qui y est associée. Lors de l'enregistrement de leur demande d'asile, les étrangers reçoivent une carte leur permettant de bénéficier directement de prestations de santé selon les articles 3 et 4 de la loi sur les prestations à destination des demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG*).

La facturation est effectuée par les caisses d'assurance maladie, selon des accords passés avec le Land en question. Les caisses sont rémunérées pour ce service, à travers des frais administratifs. Cette méthode permet ainsi d'éviter aux demandeurs d'asile de faire une demande spécifique pour chaque prestation de santé. **La carte de santé est valable dans un premier temps 18 mois** après la réception par le demandeur d'asile. La carte ci-dessous fait l'état des lieux de l'adoption de cette mesure dans les Länder allemands à dater de l'année 2022 :



Allemagne :

Carte de santé implémentée ou en voie d'implémentation

Zeichenerklärung: **Implémentiert** **In Umsetzung** **Im politischen Prozess** Politisch abgelehnt

Le Land de Brême a été le premier à expérimenter la carte de santé selon l'article 264 du livre 5 du Code social. Celui-ci définit la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de prendre en charge le traitement médical des personnes qui ne sont pas légalement assurées contre la maladie. **L'étendue pratique des prestations est calquée sur celle des caisses d'assurance maladie légales et permet une prise en charge régulière au quotidien.** La limitation de l'étendue des prestations n'intervient que pour des prestations spécifiques, qui doivent faire l'objet d'une demande, comme spécifié ci-dessous.

Le modèle de Brême a ainsi été suivi par d'autres Länder, avec des spécificités néanmoins sur le rôle des communes et leur obligation à adopter la carte de santé

- **Brême** : mise en œuvre de la carte de santé dans le land (2005), mais négociation des accords-cadres entre les communes et les caisses d'assurance maladie

Accord entre le Land et les caisses d'assurance maladie pour calquer les prestations sur celle de l'assurance maladie légale ☑ Pas de mention du AsylbLG sur la carte

Les prestations suivantes ne peuvent pas être demandées : Traitements structurés pour les traitements chroniques (DMP), insémination artificielle, allocation d'accouchement, allocation de maternité. Prise en charge des frais de traitement à l'étranger.

Les prestations suivantes peuvent être prises en charge sous conditions : Psychothérapie, mesures médicales préventives, rééducation (-sport), prothèses dentaires, aides visuelles, traitement orthodontique, moyens auxiliaires. La psychothérapie ne peut être accordée que sous forme de thérapie de courte durée.

Financement par les communes ☑ Frais administratifs : forfait de 10€ par personne/mois et 5-6% des prestations

- **Hambourg** : mise en œuvre de la carte de santé dans le land (2012), mais négociation des accords-cadres entre les communes et les caisses d'assurance maladie

Accord entre le Land et les caisses d'assurance maladie pour calquer les prestations sur celle de l'assurance maladie légale ☑ Pas de mention du AsylbLG sur la carte

Voir fonctionnement du Land de Brême pour plus de détails

Financement par le Land ☑ Frais administratifs : forfait de 10€ par personne/mois et 5-6% des prestations

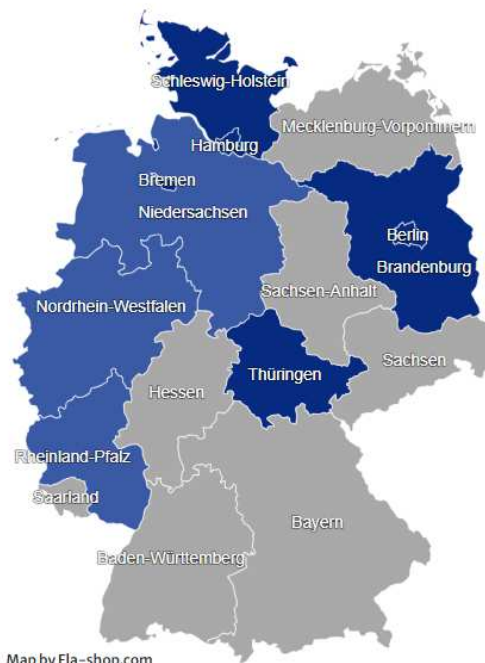
- **Thuringe** : mise en œuvre de la carte de santé à partir de 2017, par un accord-cadre conclu en décembre 2016 avec les assurances maladies régionales

Accord entre le Land et les caisses d'assurance maladie pour calquer les prestations sur celle de l'assurance maladie légale

Les prestations suivantes peuvent être prises en charge sous conditions et à la demande auprès des services sociaux : mesures médicales préventives, nouvelles prothèses dentaires, aides ménagères, insémination artificielle et stérilisation, méthodes de traitement structurées en cas de maladie chronique (DMP), prise en charge des frais de traitement à l'étranger

Financement partagé entre le Land et les communes ☑ Frais administratifs : 8% des prestations

Les trois Länder de Basse-Saxe, Rhénanie-du-Nord Westphalie, Rhénanie-Palatinat ont la caractéristique commune d'une application





Allemagne :

partielle de la carte de santé, avec un accord-cadre entre le Land et les caisses d'assurance maladie, mais la **possibilité laissée aux communes de choisir leur mode de fonctionnement.**

- **Basse-Saxe** : mise en œuvre de la carte de santé dans 3 communes (2016), négociation d'un accord-cadre entre le Land et les caisses d'assurance maladie (2016)

Accord entre le Land et les caisses d'assurance maladie pour calquer les prestations sur celle de l'assurance maladie légale

Voir fonctionnement du Land de Brême pour plus de détails

Financement partagé entre le Land et les communes ☑ Frais administratifs : 8% des prestations (minimum de 10€ par personne/mois)

- **Rhénanie-du-Nord Westphalie** : mise en œuvre de la carte de santé dans 24 communes sur 396 (2023), négociation d'un accord-cadre entre le Land et les caisses d'assurance maladie (2015)

Accord entre le Land et les caisses d'assurance maladie pour calquer les prestations sur celle de l'assurance maladie légale ☑ Pas de mention du *AsylbLG* sur la carte

Voir fonctionnement du Land de Brême pour plus de détails

Financement par les communes ☑ Frais administratifs : 8% des prestations (minimum de 10€ par personne/mois)

- **Rhénanie-Palatinat** : mise en œuvre de la carte de santé dans 5 communes sur 36 (2022), négociation d'un accord-cadre entre le Land et les caisses d'assurance maladie (2016)

Accord entre le Land et les caisses d'assurance maladie pour calquer les prestations sur celle de l'assurance maladie légale

Les prestations suivantes peuvent être prises en charge sous conditions et à la demande auprès des services sociaux : mesures médicales préventives, nouvelles prothèses dentaires, aides ménagères, insémination artificielle et stérilisation, méthodes de traitement structurées en cas de maladie chronique (DMP), prise en charge des frais de traitement à l'étranger

Financement partagé entre le Land et les communes ☑ Frais administratifs : 8% des prestations (minimum de 10€ par personne/mois)

Les Länder de Berlin, du Brandebourg et de Schleswig-Holstein laissent la liberté aux professionnels de santé d'apprécier la situation médicale des individus pour déterminer si elle correspond aux critères de l'*AsylbLG*, sans déterminer d'exceptions ou de prestations spécifiques nécessitant une autorisation des autorités sanitaires locales.

- **Berlin** : mise en œuvre de la carte de santé à partir de 2016, par un accord-cadre conclu en décembre 2015 avec les assurances maladies régionales

Les professionnels de santé ont la charge d'apprécier la situation médicale et de déterminer si elle correspond aux critères établis par l'*AsylbLG*

Financement complet par le Land ☑ Frais administratifs : 6% des prestations (minimum de 10€ par personne/mois)

- **Brandebourg** : mise en œuvre de la carte de santé à partir de 2016, adhésion de toutes les communes en 2022

Les professionnels de santé ont la charge d'apprécier la situation médicale et de déterminer si elle correspond aux critères établis par l'*AsylbLG*

Une autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie est cependant nécessaire pour les traitements qui le nécessite en temps normal, dans le cas des assurés légaux classiques

Financement complet par le Land

- **Schleswig-Holstein** : mise en œuvre de la carte de santé à partir de 2016, par un accord-cadre conclu en décembre 2015 avec les assurances maladies régionales

Les professionnels de santé ont la charge d'apprécier la situation médicale et de déterminer si elle correspond aux critères établis par l'*AsylbLG*

Financement partagé entre le Land (+90%) et les communes (frais administratifs) ☑ Frais administratifs : 8% des prestations (minimum

**Allemagne :**

de 10€ par personne/mois)

On peut ainsi établir ce tableau récapitulatif :

<i>Land</i>	<i>Accord-cadre avec les assurances maladies régionales</i>	<i>Carte de santé adoptée par ttes les communes à l'échelle du Land</i>	<i>Panier de soins en pratique</i>	<i>Financement</i>
Brême	Communes	Oui	Modèle de Brême	Communes
Hambourg	Communes	Oui	Modèle de Brême	Land
Thuringe	Land	Oui	Modèle de Brême (avec modifications)	Land et communes
Basse-Saxe	Land	Non	Modèle de Brême	Land et communes
Rhénanie-du-Nord Westphalie	Land	Non	Modèle de Brême	Communes
Rhénanie Palatinat	Land	Non	Modèle de Brême (avec modifications)	Land et communes
Berlin	Land	Oui	Appréciation des médecins	Land
Brandebourg	Land	Oui	Appréciation des médecins	Land
Schleswig-Holstein	Land	Oui	Appréciation des médecins	Land (en grande majorité)

Passé le délai initial de 18 mois, tous les demandeurs d'asile (et statuts affiliés) reçoivent une carte de santé permise par leur affiliation à une caisse d'assurance maladie, en accord avec l'article 2 de la loi sur les prestations à destination des demandeurs d'asile. Cette procédure est appliquée dans tout le territoire fédéral, **sans distinction entre les Länder**.

- Absence de carte de santé et utilisation des autorisations de soins**

Les autres Länder n'ont pas implémenté la carte de santé à destination des demandeurs d'asile sur leur territoire, et **fonctionnent ainsi selon le modèle classique des autorisations de soins (*Krankenbehandlungsschein*)**. Il n'existe ainsi pas d'accord-cadre régional avec les assurances maladies que peuvent reprendre à leur compte les communes pour délivrer les autorisations de soins. **Les communes peuvent cependant établir leurs propres accords-cadres avec une caisse d'assurance maladie pour proposer une carte de santé sur leur circonscription.**

Les Länder établissent néanmoins avec les caisses d'assurance maladie le panier de soins auquel ont droit les demandeurs d'asile, en dehors de toute méthode de prise en charge administrative. Les soins autorisés peuvent être directement précisés sur les autorisations de santé délivrées par les autorités de santé locales, comme c'est le cas en Bavière. Chaque Land édicte ses propres règles, à titre d'exemple, le Land de Bavière définit son panier de soins à destination des demandeurs d'asile comme suit :

Dans la catégorie « Conseils importants pour le médecin traitant » l'autorisation de soins rappelle le droit aux prestations des demandeurs d'asile selon §4 et §6 de l'*AsylbLG* et détermine les prestations qui nécessitent des procédures spécifiques (notamment selon l'Echelle d'évaluation unique (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM*) établi par l'Union fédérale des caisses d'assurance maladie.

Le texte établit une catégorie de prestations qui ne sont couvertes :

- Méthodes de traitement structurées en cas de maladie chronique (DMP)
- Insémination artificielle
- Toutes les prestations non définies par l'EBM (en dehors des forfaits de voyage, traitement de la cataracte, produits de contraste pour rayon X, vaccinations préventives, garderies/centres d'aide précoce)

Le texte établit également une catégorie de prestations qui ne peuvent être fournies qu'avec l'autorisation écrite préalable des autorités de santé locales :



Allemagne :

- Psychothérapie
- Radiothérapie
- Génétique humaine
- Prescription de soins infirmiers
- Prescription de mesures de réhabilitation
- Prescription de cures de précaution

Lorsque le coût de la prise en charge est supérieur à 250€, l'autorisation écrite préalable est également nécessaire pour toutes les prises en charge (sauf en cas d'urgence).

Autorisation de santé du Land de Bavière, d'après l'Union des caisses d'assurance maladie de Bavière (*Kassenärztliche Vereinigung Bayern – KVB*) :



A. PILOTAGE

a) Résumé

Au contraire de la centralisation du dispositif français, l'aide médicale d'urgence (AMU) est définie fédéralement et gérée localement par les Centres publics d'action sociale (CPAS). Ces organismes ont pour mission de rendre effectif le droit constitutionnel de « mener une existence conforme à la dignité humaine », et ils peuvent donc accorder un certain nombre d'aides sociales, toujours sur la base d'une enquête individuelle, aux personnes résidant légalement en Belgique. Ils sont aussi chargés de garantir aux étrangers en situation irrégulière le droit aux soins « nécessaires ». Cette nécessité n'a pas de définition préalable et elle ne peut être appréciée qu'au cas par cas par un médecin ; sur le plan médical, son certificat est souverain pour déterminer la nécessité d'un soin, ce qui implique une très grande extension du « panier » accessible en Belgique. Malgré une récente tentative de réforme, ce principe d'appréciation souveraine du médecin reste premier. Il convient toutefois de noter que malgré cette extension théorique, la complexité de la procédure de demande d'AMU, qui varie fortement d'un CPAS et d'une localité à l'autre, induit un taux de recours bas (10 à 20%).

	SITUATION EN VIGUEUR EN BELGIQUE	OBSERVATIONS
CONDITIONS D'ACCÈS	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de séjour irrégulier (= délai de 3 mois depuis l'entrée sur le territoire) - Défaut de couverture d'une assurance maladie en cours de validité - Situation d'indigence - Résidence sur la zone de compétence du CPAS - Certificat médical attestant de l'urgence des soins 	Il convient de noter que si l'AMU s'adresse en priorité aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, elle bénéficie aussi aux autres catégories d'étrangers qui sont exclus du droit à l'aide sociale : cela inclut les citoyens européens qui sont demandeurs d'emploi ou admis à un séjour de plus de 3 mois (qui ne sont donc pas considérés comme touristes)
DÉLAI DE CARENCE	3 mois depuis l'entrée sur le territoire, inexistant ensuite	
PANIER DE SOINS	L'AMU couvre en principe tous les soins de santé préventifs et curatifs, prodigués en structure hospitalière ou en ambulatoire. Autrement dit, tous les soins accessibles aux assurés sociaux peuvent théoriquement être pris en charge.	Malgré une tentative de réforme en 2018 (voir partie II), le droit en vigueur ne précise toujours pas le champ des soins « nécessaires » et il n'existe aucune liste de soins admissibles pour l'AMU hors de la nomenclature des pratiques médicales produite par la CAAMI.
PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE	En règle générale, si les ressources constatées au cours de l'enquête sociale dépassent le seuil correspondant du revenu d'intégration (1263 euros pour une personne seule, 842 euros pour une personne cohabitante), le ticket modérateur reste à la charge du patient sauf pour les hospitalisations. Les CPAS ont ensuite toute latitude pour fixer les règles dans leur zone de compétences : certains appliquent la règle du « tout ou rien » et prennent donc en charge les tickets, d'autres les laissent quoi qu'il en soit à la charge du demandeur.	

b) Tableau comparatif

c) Définitions

- Séjour irrégulier : se trouve en séjour irrégulier un étranger séjournant en Belgique au-delà de la validité de son visa ; un étranger non soumis à l'obligation de visa demeurant plus de 90 jours sur une période de 180 jours en Belgique ; un demandeur de protection internationale débouté qui demeure en Belgique à l'issue du délai imparti ; un étudiant qui ne retourne pas dans son pays d'origine à la fin de ses études ; un étranger qui pénètre sur le territoire ou y séjourne de manière irrégulière.
- Indigence : vérifiée par une enquête sociale conduite par le CPAS l'indigence est déterminée en cas d'absence de revenu légal

dans le ménage (aide équivalente qui serait allouée sur base d'un jugement, ressources provenant d'un parent/partenaire légal...) et d'absence de moyens de subsistance (travail au noir, solidarité, hébergement...). Toutefois, les seuils permettant de conclure matériellement à la situation d'indigence sont fixés localement par les CPAS. Certains fixent comme seuil le revenu d'intégration sociale (842 euros pour une personne cohabitante, 1263 euros pour une personne seule), d'autres déterminent un palier plus élevé. Pour conclure à l'indigence, le CPAS doit collecter des informations sur les ressources du demandeur d'AMU, ainsi que sur celles du partenaire et des ascendants/descendants au premier degré avec lesquels le demandeur cohabite, le cas échéant. Entrent donc en ligne de compte non seulement les éventuelles rentrées financières et avoirs, mais aussi les charges et les dettes éventuelles. A noter que si les ressources dépassent la catégorie correspondante du revenu d'intégration, l'Etat ne prend pas en charge le ticket modérateur, sauf dans le cas de frais d'hospitalisation. La conformité de cette enquête sociale – sur le plan purement formel – peut être vérifiée par le corps d'inspection du Ministère de la Protection sociale qui peut prendre une décision de non-remboursement si la procédure définie au niveau fédéral n'a pas bien été appliquée au niveau local.

d) Répartition des compétences

L'Etat fédéral belge étant compétent en matière de santé publique et de protection sociale, l'AMU est de son ressort et les entités fédérées n'interviennent pas dans sa gestion. **L'AMU est octroyée par l'Etat fédéral sur la base d'un pilotage local de son attribution, via les CPAS.** Autrement dit, l'Etat est le payeur final de l'AMU tandis que les CPAS jouent le rôle de pivot entre la personne en séjour irrégulier et le système de soins de santé. Le niveau fédéral fixe les conditions d'accès à l'AMU et détermine des obligations légales qui constituent ainsi un cadre intangible, mais les CPAS ont une autonomie de décision pour arrêter les définitions locales de ces conditions d'accès, et le pouvoir d'octroi leur revient finalement.

La mission du CPAS est double : il vérifie sur la base de sa propre procédure d'enquête sociale que la personne remplit les conditions d'attribution de l'AMU, et il fixe ensuite l'étendue de la prise en charge accordée dans chaque cas individuel. En règle générale, après qu'il a rendu une décision positive d'AMU, le CPAS reçoit et règle la facture du prestataire de soins avant de se faire rembourser par l'Etat fédéral via le SPF (Ministère) Intégration sociale.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a relevé en 2015 la **complexité et le manque de lisibilité de cette procédure** et leur a imputé le **très faible taux de recours** à l'AMU par les étrangers en situation irrégulière (de 10 à 20% en 2013). Le Centre souligne que le système belge est en théorie très protecteur et dispose d'un cadre permettant *a priori* le bon accomplissement des objectifs tant moraux que sanitaires et financiers que remplit l'AMU. Mais en pratique, cette organisation souffre de la variabilité des enquêtes sociales menées par les CPAS selon des critères et des méthodes propres, et des couvertures accordées, ce qui entraîne dans certaines communes des refus pour certains soins qui auraient pourtant été pris en charge ailleurs. Enfin, cette **territorialisation de l'AMU** fait peser une charge administrative considérable sur les CPAS et rend très difficile tout suivi et tout pilotage *a priori* du dispositif, des soins et des coûts.

e) Exclusion du dispositif

L'AMU est une **politique de protection sociale** ; à ce titre, la situation administrative de l'étranger en situation irrégulière au regard de l'Office des étrangers (obligation de quitter le territoire ou non, séjour irrégulier de longue ou très longue durée...) n'intéresse pas le CPAS, pour lequel **le seul critère valable, au-delà de l'urgence attestée par certificat médicale, est la présence effective sur le territoire.**

Il convient par ailleurs de noter que les CPAS sont astreints au secret professionnel et ne sont pas tenus, en leur qualité de pouvoir local, de communiquer aux autorités fédérales les informations issues de l'enquête sociale.

I. **ÉVOLUTION DU CADRE LÉGISLATIF**

a) **Loi du 29 mars 2018**

La dernière évolution en la matière est constituée par la *loi du 29 mars 2018 modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale*. Publiée au Moniteur belge le 1^{er} avril 2020, elle est entrée en vigueur le 11 avril de la même année, même si la disposition centrale de cette loi n'est pas effective.

Dans sa lettre, la loi du 29 mars 2018 concerne d'une part le fonctionnement des Centres publics d'action sociale (CPAS) et crée d'autre part une fonction de médecin-conseil chargé de contrôler les certificats médicaux qui y ouvrent droit.

- **Concernant la procédure et le fonctionnement des CPAS, la loi apporte trois modifications importantes :**

- la création d'une nouvelle règle de compétence : selon un principe de continuité, le CPAS qui a

pris la décision d'AMU reste compétent pour accorder les secours nécessaires pendant la durée de validité de cette décision et pendant toute la durée ininterrompue de l'hospitalisation de la personne

- la modification du délai dans lequel le CPAS doit prendre une décision d'octroi d'AMU, qui passe de 45 à 60 jours à compter de la date de début de dispensation des soins (ce délai correspond au temps où est menée l'enquête sociale) ;
- l'introduction d'une sanction financière à l'encontre du CPAS si une adhésion à un organisme assureur était possible ou si l'enquête sociale n'a pas ou a mal été effectuée.

- **Concernant le contrôle du « caractère urgent » d'une prestation de soin**, l'article 5 de la loi dispose que la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI, équivalent belge de la Sécurité sociale) est chargée au nom de l'État d'effectuer des contrôles sur l'octroi de l'AMU et de prendre des mesures en cas de manquements administratifs ou de paiements indus. A cette fin, la **fonction de « médecin-contrôle »** est créée. Il convient de noter que la formulation de ces dispositions à l'article 5 renvoie à la promulgation ultérieure d'arrêtés royaux qui, comme les décrets d'application en France, sont nécessaires à l'effectivité du texte.

Sur le plan de l'esprit de cette loi, le ministre Denis Ducarme évoquait publiquement, dans le contexte de discussion de la réforme, sa volonté de faire en sorte que ne soient couverts par l'AMU que les soins « nécessaires, incontournables, essentiels ».

La logique du texte apparaît d'autant plus clairement dans l'exposé des motifs quand il est indiqué que la création de la fonction de médecin-contrôle de la CAAMI vise à l'établissement d'une « jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d'aide médicale urgente ». **En somme, il s'agit autant d'une tentative de limitation de l'aide que d'un essai de reprise en main du dispositif par l'État fédéral qui est débiteur au dernier chef et seul peut harmoniser la procédure.**

b) **Arrêt 22/2022**

Saisie par plusieurs associations, **la Cour constitutionnelle a rejeté dans son arrêt 22/2022 les recours déposés contre cette loi** et la création de la fonction de médecin-contrôle, et les a donc déclarés conformes à la Constitution. **Toutefois, elle a émis des réserves importantes et qui sont de nature à déterminer l'interprétation de la loi dans un sens contraire à l'esprit qui avait guidé son élaboration.** La Cour estime en effet que si la fonction de médecin-contrôle peut être maintenue constitutionnellement, elle ne saurait porter préjudice au **principe d'appréciation souveraine du premier médecin**. L'interprétation *a posteriori* de la CAAMI doit s'en tenir à l'appréciation des conditions d'éligibilité, et non à celle de la situation médicale de l'étranger en séjour irrégulier.

c) **Situation actuelle**

En raison du changement de coalition survenu en 2019, du risque que faisait peser l'attente de cet arrêt et maintenant de l'importante restriction qu'il imposerait à la fonction, **aucun poste de médecin-contrôle n'a été ouvert**. D'un point de vue juridique, il semble que l'arrêté royal – correspondant au décret d'application – auquel renvoyait le texte de l'article 5 de la loi de 2018 pour fixer les contours de cette fonction n'ait jamais été pris, et que cet aspect de la loi ait donc été gelé.

Aucune autre évolution législative n'est à l'ordre du jour. Pour délester les CPAS du surplus administratif et ainsi mieux s'appuyer sur l'AMU à des fins de santé publique, le Ministère de l'Intégration sociale prévoit toutefois la rédaction d'une circulaire destinée à harmoniser les procédures d'octroi.

Le président de la fédération des CPAS bruxellois, à l'occasion d'un entretien, a insisté sur **l'importance de la sémantique** sur un sujet qui prête particulièrement le flanc, selon lui, aux attaques démagogiques qui fragilisent indûment les justifications humanitaire, sanitaire et financière de l'AMU. **Pour ce responsable, l'aide médicale accordée aux étrangers en situation irrégulière est plus acceptable si elle est dite « d'urgence » plutôt que « d'État ».** A dispositif sensiblement équivalent, la première dénomination comporte un critère objectif et irréfutable tandis que la seconde dénoterait davantage la prodigalité.

I. **DONNÉES CHIFFRÉES**

Les derniers chiffres recueillis correspondent à l'année 2021 : **23 422 personnes ont bénéficié de l'AMU, avec un coût moyen de 3294 euros par personne et un budget total de 77 millions d'euros, ce qui revient à 0,2% du budget national de santé.**

Il est à noter que l'octroi de l'aide se concentre dans les grandes villes et, singulièrement, à Bruxelles puisque 70% des cartes AMU y ont été délivrées. Dans la région de Bruxelles-Capitale, qui compte 19 CPAS, un calcul récent a permis de montrer que l'AMU occupait

l'équivalent de 19 équivalents temps plein par an. A ce sujet, Brulocalis (Association de la ville et des communes de Bruxelles, qui rassemble une fédération des CPAS) a souligné lors d'un entretien que la complexité de la procédure administrative gonflait fortement ce chiffre qui serait bien plus faible rapporté aux seules démarches d'aide médicale.

Les interlocuteurs contactés soulignent la difficulté de comparaison entre les bénéficiaires de l'AMU et le nombre d'étrangers en situation irrégulière. Celui-ci entre 23 422 (nombre de bénéficiaires) et 150 000 personnes, selon une estimation menée par des chercheurs. Alors que le rapport du KCE indiquait en 2013 estimer que 10 à 20% des étrangers avaient eu recours à l'AMU dans l'année, cette proportion ne semble pas avoir évolué.



Danemark :

Le Danemark étant un **pays plutôt fermé à l'immigration**, les migrants en situation irrégulière forment une partie minime de la population. Ils représentent en effet **moins de 0,5% de la population totale** (ils seraient entre 23 000 et 29 000 à vivre au Danemark selon des chiffres de 2019). Il est d'ailleurs **très difficile de recueillir des informations** concernant leurs droits en termes de soins de santé. Aucun site, même officiel, ne regroupe au même endroit tous ces renseignements.

Contrairement à la France, il n'existe **pas de règles au Danemark sur les paniers de soins, les accords préalables ou les délais de carence** et, de manière générale, **les conditions d'accès aux soins et de participation financière** des étrangers en situation irrégulière sont assez floues et dépendent beaucoup, in fine, de **l'appréciation – au cas par cas – des médecins/hôpitaux et des régions qui les gèrent**. Il n'a pas été possible par ailleurs de recueillir des données sur le nombre de bénéficiaires, la consommation de soins ou encore les coûts supportés par le système de santé.

Il est important de signaler que le Danemark est un pays **très décentralisé**, avec une répartition des compétences précises entre **l'Etat, les 5 régions et les 98 communes**. Le niveau national, via le ministère de l'Intérieur et de la Santé, fixe les grandes orientations de la politique de santé. **Les régions sont les principales protagonistes en matière de santé** puisqu'elles sont en charge des hôpitaux et des professionnels de santé libéraux. Les 98 municipalités, elles, maîtrisent le médicosocial, la prévention et la rééducation. Les communes sont également en charge de l'éducation (du préscolaire au collège) et de l'aide sociale au sens large.

Les autorités danoises désignent **les étrangers en situation irrégulière** comme des « **migrants non enregistrés** » (**uregistrerede migranter en danois**) ou « **immigrants illégaux** » (**Illegal indvandrere**), sans en donner une définition officielle. Il s'agit de personnes qui sont au Danemark sans titre de séjour valide. Elles ne **résident donc pas légalement sur le territoire danois et ne sont pas inscrites dans le registre CPR** donnant accès à la couverture complète des services publics de santé.

Cette catégorie de la population n'est pas à confondre avec **les demandeurs d'asile (asylansøgere en danois)**, qui sont des individus en situation régulière ayant quitté leur pays d'origine et qui cherchent à obtenir le droit de résider au Danemark en tant que réfugiés et d'être protégés par ce pays. 4 600 demandeurs d'asile ont été enregistrés dans le pays en 2022.

Les personnes ayant déposé une demande d'asile forment une **catégorie à part** : leurs frais d'entretien (vêtements, hygiène, nourriture) et de santé sont couverts par la **législation sur l'immigration (et non sur la santé) et le service de l'immigration (Udlændingestyrelsen)**. En dehors des enfants qui bénéficient des mêmes prestations que les enfants résidents, le périmètre des prestations est limité aux « **soins de santé nécessaires** », c'est-à-dire aux **traitements urgents et/ou visant à soulager la douleur**. Est considéré comme urgent un traitement qui ne peut être différé en raison du risque de blessure ou de développement, de progression grave ou de chronicisation de la pathologie.

[Au Danemark, le droit aux services de santé est fondamentalement conditionné à un critère de résidence,](#)

c'est-à-dire une inscription dans le registre CPR. Il y a quelques exceptions pour les non-résidents et personnes en situation irrégulière. Ainsi, d'après la loi sur la Santé et le décret sur le droit aux soins hospitaliers, **toutes les personnes, y compris les personnes étrangères en situation irrégulière, ont le droit à un traitement hospitalier d'urgence** (en cas d'accident, maladie subite, aggravation d'une maladie chronique, etc.). Ce traitement hospitalier d'urgence doit alors être **dispensé dans les mêmes conditions que pour les personnes résidentes danoises, c'est-à-dire prodigué gratuitement**. De même, **les personnes ne résidant pas légalement au Danemark, et donc les migrants en situation irrégulière, peuvent avoir droit à un traitement hospitalier continu (et non urgent)**, lorsqu'il n'est pas jugé raisonnable de renvoyer la personne pour se faire soigner dans son pays d'origine. Ce diagnostic est établi à la discrétion de l'hôpital prenant en charge le patient.

Par contre, les migrants en situation irrégulière n'ont pas droit aux soins gratuits dispensés par les médecins généralistes, infirmières, etc., tout comme ils ne peuvent pas bénéficier des services de santé liés à la grossesse, aux programmes de vaccination pour les enfants, etc. **Le Danemark**



Danemark :

est donc le seul des pays scandinaves à ne pas proposer des soins de santé autres que ceux d'urgence pour les femmes enceintes et les enfants en situation irrégulière. Ainsi, en novembre 2019, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies a recommandé au Danemark de supprimer les restrictions à l'accès aux services de santé gratuits pour les femmes et enfants migrants sans-papiers.

Seules certaines initiatives mises en œuvre par des ONG peuvent permettre aux personnes en situation irrégulière d'avoir accès à des soins de santé considérés comme non urgents.

En vertu de la loi sur les Services, qui fixe le cadre des services et des offres que le conseil municipal est tenu de proposer aux citoyens, les municipalités ne peuvent fournir une assistance sanitaire et sociale qu'aux personnes qui ont une base légale de résidence au Danemark. Ainsi, **seuls les établissements bénévoles et privés n'étant pas établis en vertu de cette loi peuvent fournir une aide sanitaire aux personnes en situation irrégulière.** Notamment, 3 cliniques de santé pour les personnes n'étant pas autorisées à rester dans le pays (Sundhedsklinikken for illegale indvandrere) ont été ouvertes par la Croix-Rouge danoise, en coopération avec le Conseil danois pour les réfugiés (Dansk Flygtningehjælp) et l'Association médicale danoise (Lægeforeningen). Ainsi, 3 cliniques basées à Copenhague (clinique ouverte en 2011), Aarhus (clinique ouverte en 2013), et à Odense (clinique ouverte en 2019), offrent aux migrants en situation irrégulière un traitement médical quand ces derniers ne sont pas gravement malades. Le personnel de ces cliniques est principalement composé de bénévoles (médecins, infirmières, sages-femmes, dentistes, physiothérapeutes, analystes, interprètes, etc.).

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de Covid-19, certains droits aux soins de santé ont été ouverts pour les migrants en situation irrégulière.

L'Autorité danoise de la Santé (Sundhedsstyrelsen) a en effet publié en avril 2020 des lignes directrices autorisant les migrants non enregistrés séjournant dans le pays à être testés et à recevoir un traitement pour la Covid-19. De même, dans la loi sur les Epidémies de 2021, une autorisation a été introduite pour que les personnes étrangères en situation irrégulière puissent avoir accès à la vaccination contre les maladies infectieuses au Danemark.

Cependant, **au fil des années, à part dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, les droits aux soins de santé pour les personnes migrantes en situation irrégulière ont été réduits.**

Une modification de la loi sur les soins de santé a ainsi été apportée en mars 2019 (entrée en vigueur le 1er juillet 2019), renforçant les exigences relatives au paiement des traitements hospitaliers pour les migrants sans-papiers.

Depuis le 1er juillet 2019, **tous les traitements hospitaliers urgents sont facturés en première étape pour les personnes non résidentes au Danemark.** Un guide de la loi révisée sur la santé indique cependant que les régions peuvent considérer qu'il est raisonnable de fournir un traitement gratuit pour des cas exceptionnels ; or, ces cas exceptionnels incluent -entre autres- les migrants non enregistrés. Ainsi, pour ne pas payer les soins urgents reçus, les personnes en situation irrégulière doivent signaler à l'hôpital qu'elles font partie des cas exceptionnels. Dès lors, selon une étude sur l'état de santé des migrants sans domicile et sans-papiers, réalisée en 2019 par le Conseil des personnes socialement vulnérables (Rådet for Socialt Udsatte), **il existe une grande incertitude sur ce que la nouvelle loi signifie en pratique pour ces personnes.** Le Conseil craint que les patients faisant partie des cas exceptionnels ayant droit à la gratuité des soins d'urgence puissent être refusés ou inculpés s'ils sont accueillis dans des centres de traitement par des personnes qui ne connaissent pas les nuances de la loi. Le Conseil redoute également que les migrants non enregistrés évitent de contacter l'hôpital en cas de maladie grave par crainte d'une facturation ultérieure.

Alors que l'accouchement était auparavant considéré comme un soin d'urgence, des directives récentes du ministère danois de la Santé stipulent qu'un accouchement à terme (entre 37 et 41 semaines de grossesse) n'a pas à être considéré comme un traitement médical d'urgence gratuit.

Depuis ces directives, un accouchement à terme est effectivement considéré comme un soin qui peut être prévu, et les régions ne sont pas autorisées à dispenser gratuitement cette catégorie de soins aux migrants en situation irrégulière. Ainsi, dans les situations où l'accouchement a lieu à temps, la région peut facturer des frais.

De même, en **l'absence de directives du ministère de la Santé concernant ce qui constitue des soins d'urgence lors de la grossesse et de l'accouchement**, la nécessité, par exemple, de subir une césarienne peut ne pas être considérée comme un soin d'urgence. Par conséquent, les femmes sans-papiers qui ont besoin d'une césarienne peuvent rencontrer des difficultés pour trouver des hôpitaux prêts à programmer la procédure si elles ne sont pas en mesure de couvrir les coûts.

**Danemark :**

Plus globalement, nous l'avons vu, les femmes enceintes sans résidence légale au Danemark n'ont généralement pas accès aux services **gratuits** de grossesse dans le système de santé publique. Ainsi, en 2019, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, chargé de surveiller l'application de la **Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes** (1979), a déclaré que **le Danemark ne respectait pas la Convention en question**. En effet, le Comité a souligné que les États parties à la Convention ont l'obligation de fournir gratuitement des services prénataux, de maternité et postnataux lorsque cela est nécessaire pour assurer la sécurité des grossesses, des accouchements et des périodes post-partum pour les femmes. Or, le Comité souligne que de nombreuses femmes migrantes sans-papiers au Danemark ne peuvent pas accéder aux soins de santé maternelle pendant la grossesse et l'accouchement.

Tableau résumé

<u>Accès aux soins urgents</u>	<u>Accès aux soins non urgents</u>	<u>Participation financière</u>
Oui, de façon inconditionnelle, en cas d'accident, maladie subite, aggravation d'une maladie chronique. N'inclut pas un accouchement intervenu à terme, sans complication.	Oui, lorsqu'il n'est pas jugé raisonnable de diriger la personne vers un traitement dans son pays d'origine. Les cas pris en charge dépendent des établissements de santé et des autorités sanitaires locales (régions).	En principe non pour les soins urgents (les étrangers en situation irrégulière pouvant être considérés comme des « cas exceptionnels » dans le groupe des non-résidents). Au cas par cas pour les soins non urgents, en fonction des établissements de santé et des autorités sanitaires locales (régions).

**Espagne :****1. La réglementation applicable**

Le décret-loi 7/2018 du 27 juillet 2018 a modifié l'article 3ter de la loi 16/2003 relative au système national de santé et instaure un droit d'accès des étrangers « ni enregistrés²⁸, ni autorisés à résider » au système national de santé et à des soins gratuits (financés sur fonds publics), « dans les mêmes conditions que les personnes de nationalité espagnole ». Ce droit, défini initialement par la loi de santé publique de 2003, avait été drastiquement réduit (aux soins urgents, à la maternité et aux mineurs de moins de 18 ans) en 2012 par le gouvernement Rajoy (Parti Populaire), pour des motifs notamment financiers : la ministre de la santé avançait alors une **économie, jusqu'à 1,5Mds€**, pour l'Etat puisque, selon elle, 870 000 immigrés sans papiers perdraient leurs droits.

Par ce décret-loi, en 2018, le gouvernement rétablit le principe d'un **droit universel aux soins de santé**. Le fondement de cette mesure, pour le gouvernement, est à la fois sanitaire (améliorer la santé publique et la santé des personnes concernées) et organisationnel : il s'agit de décharger les urgences hospitalières, seul recours des sans-papiers. Toute personne, quelle que soit sa situation légale en Espagne, doit pouvoir bénéficier d'un droit à la protection de sa santé et d'un accès aux soins, dans les mêmes conditions (exposé des motifs).

a) Le champ d'application personnel défini à l'article 3ter précité, dont la rédaction reste générale, couvre des situations variées : il peut s'agir d'un étranger entrant sans visa, dont le visa a expiré, d'une personne dont la demande d'asile ou de protection internationale a expiré, ou qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement. Ce droit d'accès aux soins est essentiellement lié au critère de **résidence habituelle** en Espagne, justifiée normalement par une inscription au registre municipal (« *padrón* »), ladite résidence étant un critère-clé quelle que soit la situation juridique de la personne.

Nota bene : s'agissant des demandeurs de protection internationale (dont les demandeurs d'asile), ils bénéficient du même droit à une prise en charge sanitaire gratuite, en vertu des articles 16 et 18 de la loi 12/2009 du 30/10/2009 réglementant le droit d'asile et la protection subsidiaire. Toutefois, comme l'indique le ministère de la santé dans son rapport « Obstacles et difficultés dans l'accès aux soins et aux traitements des migrants et demandeurs d'asile porteurs du VIH » de mars 2022, l'absence de décret d'application de la loi

²⁸ C'est-à-dire non-inscrits au fichier central des étrangers



Espagne :

sur le droit d'asile implique que les conditions d'exercice du droit aux soins durant la phase de demande d'asile ne sont pas clairement établies et que cela entraîne des difficultés d'accès aux soins et traitements, jusqu'à ce que le droit soit accordé. C'est le cas dans certaines communautés autonomes, comme par exemple celle de Madrid (page 11 du rapport).

- b) Néanmoins, afin d'éviter des abus, le décret-loi 7/2018 fixe **trois conditions, cumulatives**, pour qu'un étranger en situation irrégulière puisse accéder gratuitement au système de soins : la personne ne doit pas disposer d'une couverture santé découlant des dispositions de l'UE (règlements UE de sécurité sociale) ou d'accords bilatéraux ; elle doit ne pas pouvoir exporter un droit à la couverture maladie depuis son pays d'origine ; il ne doit pas exister de tiers « obligé de payer » (en d'autres termes, l'intéressé ne doit avoir souscrit aucun type d'assurance-maladie valide en Espagne – mutuelle, assurance privée...).

Afin de garantir une homogénéité dans l'application de ces dispositions, le ministère de la Santé a adressé aux communautés autonomes (CCAA), compétentes dans la mise en œuvre de ce droit, des recommandations sur l'application du décret-loi 7/2018, élaborées en 2019, conjointement avec un représentant de chaque CCAA. Elles précisent les documents à fournir pour justifier du droit aux soins :

1°) Document accréditant l'identité : pièce d'identité officielle ou passeport de la personne demandant l'assistance sanitaire, délivré par le pays d'origine ou, en leur absence, document avec une photographie délivrée par l'administration générale de l'Etat. Dans le cas des mineurs, l'identité peut être prouvée par le livret de famille ou l'acte de naissance délivré par le pays d'origine de la personne.

2°) Résidence préalable d'au moins 90 jours : la personne en situation irrégulière doit prouver qu'elle réside en Espagne depuis plus de 90 jours. Cette condition de résidence peut être attestée par un certificat d'enregistrement auprès de la commune de résidence. Dans le cas où l'étranger en situation irrégulière n'est pas enregistré auprès de sa commune de résidence (absence de domicile, impossibilité de s'inscrire sur les registres communaux ou autre), **une attestation de résidence effective préalable peut être obtenue en fournissant des documents officiels émis par n'importe quelle administration de l'Etat**, tels que l'inscription dans un collège ou auprès des services sociaux locaux...

Nota bene : Si les étrangers sont en situation de séjour temporaire (moins de 90 jours, au sens de l'article 30 de la loi 4/2000 du 11/01/2000), l'accès aux soins est autorisé sous réserve d'un rapport préalable favorable des services sociaux de la région compétente, c'est-à-dire celle où se trouve le demandeur (article 3ter point 3 du décret-loi 7/2018).

3°) Non-exportation du droit : l'intéressé doit pouvoir attester par tous moyens qu'il ne dispose pas de couverture maladie dans son Etat d'origine ou de provenance, grâce à un certificat de non-exportation des droits (pour les personnes provenant de pays de l'UE) et une déclaration sur l'honneur de l'absence de tiers obligés à payer (exigible pour toutes les personnes, quel que soit leur pays d'origine).

c) Traitement de la demande :

La demande est traitée par l'une des unités administratives du service de santé régional (ou autre service habilité à cet effet par la Communauté autonome compétente). La recommandation précitée mentionne un délai maximal de traitement des demandes d'accès aux soins de 3 mois. Pendant ce temps, qui court à partir du moment où le dossier est considéré comme complet, le demandeur reçoit un document temporaire d'une durée de validité de 3 mois, indiquant que son dossier est en cours d'examen. Ce document temporaire permet l'accès au système de soins public pendant 3 mois. Si, à l'issue du processus d'examen, sa demande est acceptée, le demandeur est inclus dans la base de données de la population protégée de la Communauté autonome et reçoit un « numéro d'identification personnel régional » (CIPA), qui lui permet d'être inscrit dans la base de données du Service national de santé. Cette inscription doit être renouvelée tous les deux ans.

Si la demande est refusée, la personne sera informée de la possibilité de souscrire un contrat spécial d'assistance sanitaire (payant).

2. L'étendue de la prise en charge

Les bénéficiaires du décret-loi 7/2018 peuvent se rendre dans les centres de santé (soins primaires) ou hôpitaux pour y recevoir des soins, dont le coût sera entièrement assumé par les autorités publiques (Communauté autonomes, dans le cadre de leurs budgets). Le panier de soins (ambulatoires ou hospitaliers) est identique à celui offert aux résidents légaux par le système national de soins. Aucune condition d'accès (accord préalable...) ne s'applique spécifiquement aux étrangers (Cf article 3 ter du décret-loi : « ... dans les mêmes conditions que les personnes de nationalité espagnole »).



Espagne :

S'agissant des **médicaments prescrits** par le médecin qui dispense des soins de santé à une personne en séjour irrégulier, **les bénéficiaires devront payer 40% du prix de vente au public indiqué sur le médicament** (article 2 du décret-loi 7/2018). Ils ne bénéficient pas, comme certains segments de la population (les moins aisés), d'une réduction ou d'une exonération à ce « ticket modérateur ».

3. Des situations régionales variées

Le modèle sanitaire espagnol est comparable au système britannique, avec un « système national de santé (SNS) » universel, gratuit et financé par l'impôt. **Aucun plafond de ressources n'est fixé pour en bénéficier.**

C'est un système décentralisé, où les régions (communautés autonomes) disposent de l'essentiel des compétences, règlementaires et budgétaires, dans le respect de la hiérarchie des normes (prévalence de la norme nationale, qui a valeur de « prescription minimale » et que les régions peuvent par conséquent amender dans un sens plus favorable à l'utilisateur).

Pour avoir un retour sur la mise en œuvre du décret-loi 7/2018, cinq régions ont été interrogées, sur un critère démographique et, pour les Canaries, géographique (point d'entrée important des migrations irrégulières). Il n'existe pas de données agrégées au niveau national.

Trois régions ont apporté une réponse, à ce stade : deux (Pays Basque, Madrid) n'ont pas adopté de dispositions spécifiques, appliquent donc les dispositions du décret-loi 7/2018 et suivent les recommandations de 2019. La Catalogne disposait pour sa part, dès 2017, d'une loi d'accès universel, dont les termes n'ont pas été précisés par décret et qui fait aujourd'hui débat (voir *infra*).

■ Communauté autonome de Madrid : (Source : ministère régional de la santé)

- Application du décret 7/2018, sans ajustements régionaux
- Population bénéficiaire d'un accès au service public de soins : en 2022 : 6 863 539 (+1%/2021)
- Etrangers en situation irrégulière bénéficiaires d'un accès au service public de soins : en 2022 : 73 419 (+17,4%/2021)

■ Catalogne (Source : ministère régional de la santé)

La loi [régionale] 9/2017 pose -notamment- le principe d'un accès universel aux soins publics, dans le cadre du Service de santé catalan (SSC), qui s'applique à toute personne inscrite sur les registres d'une commune en Catalogne. Cette inscription est relativement aisée, sans critère de durée de résidence, et entraîne de manière automatique l'inscription du bénéficiaire auprès du SSC et la délivrance d'une carte de santé. Le ministère catalan de la santé indique que l'accès aux soins bénéficie ainsi, sans condition de durée préalable de résidence de 3 mois, à toute personne étrangère, séjournant de manière régulière ou irrégulière en Catalogne.

Cette situation est liée -selon les indications données- au fait que le décret d'application de la loi, qui aurait pu fixer des conditions plus restrictives pour les étrangers, n'a pas été adopté, faute d'accord au sein du parlement catalan.

Les fraudes et abus constatés sont, d'après le ministère de la santé, essentiellement le fait, soit de ressortissants de pays d'Amérique Latine (Pérou, Equateur, Colombie...notamment), soit de ressortissants UE. Dans ces deux cas, les personnes ne sont pas résidentes en Espagne, ni séjournent pas de manière irrégulière mais, parce qu'elles y ont -par exemple- une résidence secondaire, s'inscrivent sur les registres municipaux et viennent recevoir des soins en Catalogne.

Une évolution de la norme de 2017 fait débat -et dissensus- mais pourrait aboutir en début d'année prochaine. Elle pourrait prévoir l'introduction d'un critère de durée de résidence – comme dans le décret 7/2018- et des contrôles.

Il n'existe pas de données chiffrées sur l'accès des étrangers séjournant de manière irrégulière et bénéficiaire du SSC, ni en nombre ni en coût, car le système ne permet pas de les distinguer des autres titulaires de la carte sanitaire catalane.

■ Pays basque (Source : ministère régional de la santé)

Application du décret 7/2018, sans ajustements régionaux

Le nombre de personnes étrangères hors UE, sans autorisation de résidence et non inscrites au fichier central des étrangers, est de 60 522.

Le ministère basque de la santé indique qu'il ne connaît pas le coût des dépenses de santé afférant à ces personnes.

■ Canaries : Pas de réponse



Espagne :

- [Andalousie](#) : Pas de réponse

4. Données relatives à la protection internationale

	Demandes d'asile	Reconnaissance du droit (statut de réfugié ou protection subsidiaire)	Autorisation de résidence pour raisons humanitaires
2022	118 842	14 235 (6830 réfugiés + 7405 PS)	20 924 (*)
01/01/2023 30/10/2023	137 918	9 451 (6317 réfugiés + 3134 PS)	40 692

Source : ministère de l'Intérieur

2018	65 000
2019	32 500
2020	42 000
2021	42 000
2022	31 200
2023 (au 30.10)	43 000

(*) dispositif qui bénéficie majoritairement (98%) aux ressortissants vénézuéliens

5. Données relatives aux ESI

Arrivées en Espagne par voie maritime et terrestre (via Ceuta et Melilla) :

CONDITIONS D'ACCES ET DE PRISE EN CHARGE DES SOINS EN FRANCE

Pour les personnes accédant au dispositif des soins urgents, à l'aide médicale de l'Etat et à la protection universelle maladie

Couverture maladie	Soins urgents	AME	PUMa	Situation en vigueur en Espagne
Conditions d'accès	Ne bénéficier aucune couverte particulière (AME ou PUMa)	Résider en France en situation irrégulière au regard du droit au séjour Avoir des ressources inférieures à un plafond fixé par voie réglementaire (809,90€ par mois pour une personne seule depuis le 1/04/23)	Régime de droit commun pour les assurés sociaux français Pour les étrangers en situation régulière, résider au moins 6 mois dans l'année ou travailler en France depuis 6 mois, disposer d'un titre de séjour figurant dans l'arrêté du 10 mai 2017	La réglementation (décret-loi 7/2018 du 27 juillet 2018 fixe trois conditions, cumulatives, pour qu'un étranger sans papiers puisse accéder gratuitement au système de soins : la personne ne doit pas disposer d'une couverture santé découlant des dispositions de l'UE (règlements UE de sécurité sociale) ou d'accords bilatéraux ; elle doit ne pas être en mesure d'exporter un droit à la couverture maladie ; il ne doit pas exister de tiers « obligé de payer » (en d'autres termes, l'intéressé ne doit avoir souscrit aucun type d'assurance-maladie valide en Espagne – mutuelle,



Espagne :

				assurance privée...).
Délai de carence	Aucun	<p>3 mois de présence irrégulière sur le territoire pour les soins de droit commun (sauf les mineurs)</p> <p>9 mois de bénéfice de l'AME pour un certain nombre de soins fixés par voie réglementaire (sauf pour les mineurs)</p> <p>Possibilité de déroger au délai de carence de 9 mois sur accord préalable du service médical de l'assurance maladie</p>	3 mois (L'assuré peut demander l'ouverture de ses droits dès 3 mois de résidence en France)	<p><u>Résidence préalable d'au moins 90 jours</u> : il s'agit, pour la personne, de prouver qu'elle réside en Espagne, même illégalement, depuis plus de 90 jours, et d'éviter que des personnes disposant d'une couverture médicale dans leur propre pays ne viennent en Espagne pour y recevoir des soins. Elle peut être attestée par un certificat d'enregistrement auprès de la commune de résidence, prouvant une résidence d'au moins 90 jours. Dans le cas où l'immigrant sans papiers n'est pas enregistré auprès de sa commune de résidence, une attestation de résidence effective préalable peut être obtenue en fournissant des documents officiels tels que l'inscription dans un collège ou auprès de services sociaux.</p>
Panier de soins	<p>Soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de votre état de santé ou de celui d'un enfant à naître.</p> <p>Soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité</p> <p>Soins dispensés à une femme enceinte et à un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement.</p> <p>Interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical)</p>	<p>Exclusion du panier de soins des assurés des médicaments princeps, des médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 %), des actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et des cures thermales ;</p> <p>L'accès aux prestations programmées qui ne présentent pas un caractère d'urgence telles que fixées par l'article R. 251-3 du CASF est conditionné à un délai d'ancienneté de 9 mois (ou à un accord préalable si nécessaires pendant le délai de carence)</p>	Même panier de soins pour les étrangers en situation régulière que celui des assurés sociaux de nationalité française	Panier de soins pour les étrangers en situation irrégulière identique à celui des bénéficiaires espagnols (ou résidents légaux) du système national de soins.



Espagne :

Conditions de prise en charge financière	Prise en charge de l'intégralité des soins couverts par le dispositif pratiqué dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais	Prise en charge de l'intégralité des soins du panier de soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais pour ces soins Pas de protection contre les dépassements d'honoraires Pour les prestations relevant du 100% Santé, prise en charge dans la limite des tarifs de la sécurité Pour les étrangers en situation irrégulières dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources, 100% des coûts à prendre en charge par les intéressés	<u>Pour les assurés bénéficiaires de la C2S</u> (même plafond de ressources que l'AME) : Prise en charge de l'intégralité des soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais pour ces soins Protection contre les dépassements d'honoraires Accès au panier de soins optiques, dentaires et audio prévu du 100% Santé (forfaits de prise en charge au-delà des tarifs de la sécurité sociale) <u>Pour les assurés dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources</u> , régime de droits commun, prise en charge dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, paiement du ticket modérateur. Possibilité d'accéder à une complémentaire santé privée (individuelle ou collective si salarié)	Prise en charge de l'intégralité des soins du panier de soins offert par le système national de santé. Les médicaments prescrits sont soumis à un « ticket modérateur » de 40% du PVP, montant identique à celui applicable par principe au reste de la population (l'exemption du ticket modérateur, sous conditions de ressources, applicable aux résidents réguliers, ne s'applique pas aux migrants irréguliers).
---	--	---	--	--



Italie :

1. A propos de la prise en charge des demandeurs d'asile en situation régulière

Ceux-ci, de moins en moins nombreux depuis l'entrée en vigueur de la loi « Cutro » (qui réserve l'accueil dans le système d'accueil et d'intégration – SAI – aux seuls mineurs étrangers non accompagnés, aux personnes en situation de vulnérabilité particulière ou entrées en Italie par le biais de "couloirs humanitaires", aux réfugiés ukrainiens et afghans), peuvent bénéficier de l'inscription au service national de santé (SSN) et recevoir gratuitement l'ensemble des soins auxquels ont droit les citoyens italiens.

Cela dit, les avantages dont ils disposent ainsi ne sont pas fondamentalement différents de ceux dont disposent les étrangers en situation irrégulière. Le droit à la santé est en effet un droit universel posé par la Constitution de 1948 (à l'époque où le phénomène d'immigration était inconnu en Italie), qui ne fait jouer aucun principe de réciprocité. Certes, en l'absence d'inscription au SSN, les soins accordés aux migrants en situation irrégulière sont en principe limités aux « soins ambulatoires et hospitaliers urgents et, en tout cas, indispensables, même s'ils sont continus, en cas de maladie ou d'accident, et aux programmes de médecine préventive étendus pour sauvegarder la santé individuelle et collective », mais d'une part ces dispositions ont toujours fait l'objet, en pratique, d'une interprétation très large, et d'autre



Italie :

part elles s'inscrivent dans un principe énoncé par la Cour constitutionnelle, qui repose sur l'existence d'un "noyau irréductible" de droits fondamentaux dont peuvent jouir tous les individus.

Enfin, pour les demandeurs d'asile en situation régulière, un changement de statut (obtention de la protection internationale, d'un permis de séjour,...) ne change guère leur situation en termes de recours aux soins, puisqu'ils avaient dès l'origine droit à une couverture très large.

2. A propos de la possibilité pour les échelons locaux d'aller plus loin que la réglementation de l'Etat en matière d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile (réguliers ou non)

J'ai écrit dans ma réponse du 10/11/2023, adressée à Matignon, qu'on constatait aujourd'hui plutôt le contraire, à savoir des échelons locaux plus restrictifs que l'Etat.

Pour être tout à fait précis, il convient de reconnaître que la concurrence législative qui existe en Italie entre l'Etat et les régions a, dans un premier temps, conduit à des législations plus larges et plus favorables de la part de certaines régions. Ce fut par exemple le cas de la Toscane en 2009, qui dans une loi régionale a stipulé que « toutes les personnes résidant sur le territoire régional, même si elles n'ont pas de permis de séjour, peuvent bénéficier des interventions sociales et d'assistance urgentes et inaliénables nécessaires pour garantir le respect des droits fondamentaux reconnus à chaque personne par la Constitution et la législation nationale. Les droits fondamentaux sont reconnus à toute personne conformément à la Constitution et aux normes internationales. » Ces dispositions ont été validées par la Cour constitutionnelle. D'autres régions, telles que les Pouilles et la Campanie, ont-elles aussi adoptées des législations larges en matière d'accueil et de soins pour les migrants.

Toutefois, au fil du temps, l'augmentation du phénomène et son poids croissant sur les finances locales ont eu raison de cette approche ouverte. C'est principalement pour des raisons financières (mais aussi parfois pour de motifs de changement de ligne politique à la tête des exécutifs régionaux et locaux) que les régions et les municipalités sont devenues désormais beaucoup plus restrictives dans l'offre de soins aux migrants irréguliers.

3. A propos des possibilités d'expulsion d'un migrant en situation irrégulière

La législation italienne distingue entre ceux qui ne peuvent « presque jamais » être expulsés et ceux qui ne le peuvent « jamais » :

Les premiers sont les mineurs de moins de 18 ans, à l'exception du droit de suivre le parent ou le tuteur expulsé, les migrants qui possèdent une carte de séjour, ceux qui cohabitent avec des parents jusqu'au quatrième degré, ou avec leur conjoint, de nationalité italienne, et enfin les femmes enceintes, ou dans les six mois qui suivent la naissance de l'enfant dont elles s'occupent.

Les seconds sont ceux qui peuvent être persécutés en raison de leur race, de leur sexe, de leur langue, de leur nationalité, de leur religion, de leurs opinions politiques, de leur situation personnelle et sociale, ainsi que ceux qui, lorsqu'ils retournent dans leur pays, peut être envoyés dans un autre pays où ils peuvent être persécutés pour des raisons de race, de sexe, de langue, de nationalité, de religion, d'opinions politiques, de conditions personnelles et sociales.

Novembre 2022

L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière

En vertu de l'article 32 de la Constitution italienne qui dispose que « La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu », les citoyens étrangers qui se trouvent en Italie de manière illégale, c'est-à-dire avec un permis de séjour périmé ou qui sont entrés dans le pays mais n'ont pas suivi les voies et les procédures légales et n'ont donc pas le droit de rester en Italie, ont le droit de recevoir des soins médicaux urgents ou essentiels, même de manière continue, pour des maladies et des blessures dans les hôpitaux publics et accrédités. L'objectif est ainsi de faire en sorte que la personne malade bénéficie du cycle complet de thérapie et de réhabilitation pour une éventuelle guérison.

La circulaire n° 5 du 24 mars 2000 du ministère de la Santé précise que :

- sont urgents les soins qui ne peuvent être reportés sans mettre en danger la vie de la personne ou nuire à sa santé ;
- sont essentiels les services de soins de santé, de diagnostic et de thérapie, relatifs à des pathologies qui ne sont pas dangereuses dans l'immédiat et à court terme, mais qui, à terme, pourraient entraîner des dommages plus importants pour la santé ou un risque pour la



Italie :

vie (complications, chronicité ou aggravation).

En particulier, les soins de santé suivants sont garantis :

- les services sociaux nécessaires à la protection de la grossesse et de la maternité, sur un pied d'égalité avec les citoyens italiens ;
- la protection de la santé des mineurs (Cf. ci-après développement sur ce point) ;
- les vaccinations dans le cadre d'interventions collectives de campagnes de prévention ;
- les interventions internationales en matière de prophylaxie ;
- la prophylaxie, le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses.

Même dans le cas des étrangers en séjour irrégulier, si le demandeur ne dispose pas de ressources économiques suffisantes, les services sont fournis gratuitement, sous réserve de la présentation d'une déclaration d'indigence (à remplir sur le formulaire approprié délivré par le ministère de la santé). Les autres étrangers en situation irrégulière doivent s'acquitter du coût des soins, lorsqu'ils sont également payants pour les citoyens italiens.

La protection de la santé des étrangers non enregistrés est considérée comme une priorité par rapport à leur intérêt à régulariser leur séjour en Italie. En effet, il existe une interdiction de signalement aux autorités par les autorités sanitaires qui traitent l'étranger en situation irrégulière, afin de garantir une protection efficace de la personne et de son intégrité. Selon l'article 35, paragraphe 5, du texte consolidé sur l'immigration, en effet, l'accès aux structures sanitaires par un étranger qui ne respecte pas les règles de séjour ne doit donner lieu à aucun type de signalement aux autorités de sécurité publique, sauf dans les cas où un signalement est obligatoire au même titre que pour un citoyen italien. Ainsi, conformément à l'article 365 du code pénal, la personne qui, dans l'exercice d'une profession de santé, a fourni son assistance ou un travail dans des cas pouvant présenter les caractéristiques d'un crime, doit en informer les autorités, sous peine d'amende.

A cette interdiction prévue par la loi s'ajoute l'interdiction d'expulsion, affirmée par la jurisprudence, pour les étrangers en situation irrégulière en Italie qui ont besoin de soins urgents et non reportables. Il appartient donc à l'appréciation prudente du juge qui valide l'expulsion d'évaluer la situation personnelle au regard de l'état de santé de l'intéressé.

Le code STP (Étranger Temporairement Présent)

Parmi les mécanismes de protection de la confidentialité des assistés et en particulier des étrangers en situation irrégulière, outre la garantie de non-déclaration, il y a aussi le "code régional STP (Straniero Temporaneamente Presente)" (Étranger Temporairement Présent), une sorte de carte sanitaire pour les étrangers en situation irrégulière.

L'étranger ne doit pas présenter de document de résidence lorsqu'il se rend dans les établissements de santé. Cela n'exclut toutefois pas le fait que lorsqu'un ressortissant étranger accède à des établissements de santé, il doit procéder à l'enregistrement sur la base des données personnelles fournies par l'intéressé, même en l'absence de document d'identité. En effet, le bénéficiaire des services ne peut rester anonyme, à la fois pour vérifier les éventuelles responsabilités des agents de santé, mais aussi pour pouvoir signaler à l'autorité consulaire de l'État d'origine les signalements de maladies infectieuses et diffuses qui font l'objet d'une notification obligatoire (article 43, paragraphe 3 du règlement d'application de la loi consolidée sur l'immigration).

C'est ainsi qu'a été mis en place le système de code STP, qui garantit l'anonymat des étrangers en leur attribuant un code d'identification, reconnu sur le territoire national, valable pour la prescription et l'enregistrement de tous les services de santé fournis.

Ce code est valable pour six mois et est renouvelable si l'étranger reste sur le territoire national. Il est également valable pour les prescriptions figurant sur les carnets de prescription régionaux de produits pharmaceutiques. Le code est également utilisé pour la déclaration de remboursement des dépenses engagées par les structures pour la fourniture de services sanitaires urgents ou en tout cas essentiels, facturées à l'étranger mais restées impayées. Lorsque le remboursement ou le financement doit être demandé au ministère de l'intérieur, l'utilisation du code STP permet d'effectuer la communication de manière anonyme, protégeant ainsi la confidentialité de l'étranger en situation irrégulière.

Le cas des migrants mineurs en situation irrégulière

En Italie, depuis 2017, pour tous les mineurs étrangers présents sur le territoire - avec ou sans parents - et quelle que soit la régularité de leur séjour, l'inscription obligatoire au Service national de santé est requise. Les mineurs étrangers ont donc le droit aux soins de santé en toute



Italie :

égalité avec les citoyens italiens.

C'est en effet en 2017 qu'ont été définis les « nouveaux niveaux essentiels de soins » (LEA en italien), c'est-à-dire les activités, services et prestations que le Service Sanitaire National (SSN) est tenu de fournir à tous les citoyens, gratuitement ou moyennant le paiement d'une participation (ticket). Ce texte a notamment prévu, à l'article 63, alinéa 4, que même " Les mineurs étrangers présents sur le territoire national qui ne sont pas en règle avec les règles d'entrée et de séjour, sont inscrits au Service Sanitaire National et bénéficient des soins de santé dans les mêmes conditions que les citoyens italiens ".

Aucun titre de séjour ou de résidence n'est nécessaire pour inscrire un mineur étranger non accompagné au SSN. Cette inscription est demandée par la personne exerçant, même temporairement, la responsabilité parentale ou par le responsable du premier accueil.

N.B. : Seuls sont exclus les mineurs qui sont les enfants de citoyens de l'UE en situation irrégulière, pour lesquels l'inscription au service de santé n'est pas prévue, mais seulement les soins de santé par le biais d'une procédure bureaucratique différente (attribution d'un code ENI - European Non-Enrolled. Ce code n'a toutefois qu'une validité régionale, contrairement au STP qui vaut sur tout le territoire). Cette importante discrimination entre les mineurs non européens et européens se produit parce que l'article 63 du RGPD de 2017 ne concerne que les citoyens non européens. La non-inscription au SSN entraîne, entre autres, la perte du droit au libre choix du pédiatre et, par conséquent, la possibilité de n'être soigné que dans des centres de consultation ou des dispensaires STP/ENI.

Tous les mineurs qui sont des enfants d'étrangers en situation irrégulière (s'ils sont dans la tranche d'âge 0-6 ans), sont exemptés du ticket modérateur au même titre que les citoyens italiens.

Bien que le cadre réglementaire susmentionné prévoit des soins de santé privilégiés pour les mineurs étrangers en situation irrégulière, par rapport à ceux garantis aux adultes en situation irrégulière (utilisation du code STP), il existe encore de nombreuses disparités entre les régions, notamment en ce qui concerne l'absence d'enregistrement des mineurs de la tranche d'âge 14-18 ans et des mineurs sans code fiscal (C.F.), qui est généralement requis pour pouvoir attribuer la carte sanitaire d'enregistrement. Actuellement, parmi les mineurs qui sont les enfants d'immigrés en situation irrégulière, seuls ceux qui sont nés en Italie ont le C.F. et donc le document nécessaire pour l'inscription au Service sanitaire. Dans les autres cas, en l'absence de C.F., dans de nombreuses régions, les codes STP/ENI sont utilisés "élargis" par la possibilité d'accès au pédiatre ou au médecin généraliste librement choisi. La Région Lombardie a montré que cette absence de C.F. peut être surmontée : elle inscrit les mineurs dans le SSR en utilisant un code STP au lieu d'un C.F.



Royaume-Uni :

A. **La prise en charge par le NHS britannique de certains soins urgents pour les migrants en situation irrégulière au Royaume-Uni**

Le NHS est un système de santé public auquel sont affiliées les personnes qui résident régulièrement au Royaume-Uni. Pour ces personnes, les soins sont gratuits (à l'exception de quelques restes à charge pour les médicaments, l'optique et les soins dentaires). En revanche, des mécanismes de facturation des soins s'appliquent d'un côté aux personnes sous visa, de l'autre aux personnes en situation de séjour irrégulier.

1. Eléments chiffrés

Les dernières estimations gouvernementales de la population irrégulière remontent à 2005, et portent sur l'année 2001 : le Home Office l'estimait alors à 430 000 personnes. Les dernières statistiques publiques sur la population étrangère irrégulière au Royaume-Uni remontent à une étude de la London School of Economics publiée en 2009 : elle évaluait la population étrangère irrégulière à 670 000 personnes.

Les données disponibles ne permettent pas d'estimer précisément l'évolution des coûts pour le système de santé britannique au cours des dernières années. Un rapport demandé par le Gouvernement britannique en 2013 sur le coût des soins des étrangers au Royaume-Uni concluait que les soins prodigués aux immigrés en situation irrégulière coûtaient environ 330 M £ (370 M €), soit 570 £



Royaume-Uni :

(639 €) dépensés par personne. A titre de comparaison, le coût des soins prodigués aux visiteurs temporaires et aux résidents non-permanents s'élevait à 1,4 Md £ (1,6 Md €).

Le total collecté à travers la *International Health Surcharge* était 376,8 millions pendant l'année budgétaire mars 2020-mars 2021. Avant la pandémie, sur l'année finissant le 31 mars 2020, ce montant était de 532,5 millions de livres.

Par ailleurs, dans la mesure où la santé est au nombre des matières dévolues aux gouvernements de l'Irlande du Nord, de l'Ecosse et du Pays de Galle, ces derniers ont formalisé leurs propres directives. Le cadre réglementaire qu'ils ont fixé concernant les modalités de prise en charge des frais de santé des étrangers est toutefois très similaire.

B. **Les modalités de prise en charge des frais de santé des étrangers non-communautaires varient selon qu'elles soient de premier ou second recours**

La gradation des soins au Royaume-Uni distingue les soins primaires (*primary care services*) essentiellement fournis par les médecins généralistes (*General practitioners*) et les soins secondaires spécialisés (*secondary care services*), fournis sauf exception en milieu hospitalier.

2. Les soins de premier recours sont gratuits pour tous indépendamment de la régularité du séjour.

Les soins délivrés par un médecin généraliste sont totalement gratuits, de même que les autres soins relevant des soins primaires. Le patient doit être enregistré auprès d'un médecin généraliste (soit de façon permanente, soit à titre temporaire si son séjour est supérieur à 24h mais inférieur à trois mois). Les médecins généralistes ne peuvent refuser une demande d'enregistrement d'un patient en raison de ses origines, de son orientation sexuelle, de sa religion, de son âge, de son état de santé... Le médecin généraliste n'est pas davantage habilité à vérifier la régularité du séjour d'un patient sollicitant cet enregistrement. Toutefois, il peut demander un justificatif de résidence afin de s'assurer que le patient réside dans sa zone de rattachement en tant que praticien.

Si le médecin généraliste refuse l'enregistrement du requérant, il lui incombe de prescrire gratuitement tous les traitements nécessaires, à la demande du requérant, et ce pendant un délai maximum de 14 jours.

3. Sauf exceptions, les personnes non-résidentes au Royaume-Uni contribuent au financement de leur prise en charge hospitalière.

Les personnes ayant leur résidence ordinaire au Royaume-Uni ne s'acquittent pas des frais engendrés par leur prise en charge hospitalière. Les étrangers doivent disposer du statut de *indefinite leave to remain* et être régulièrement domiciliés pour être considérés comme résidents au Royaume-Uni.

Pour les autres étrangers, deux principaux cas de figure sont à distinguer en matière de frais de santé:

a) **personnes ayant un visa en cours de validité :**

les personnes ayant fait une demande de visa de plus de 6 mois se voient appliquer un tarif annuel (*Immigration Health Surcharge*, IHS) comme préalable au recours aux soins hospitaliers. Une fois cette « surcharge » payée, les soins hospitaliers sont gratuits, à l'exception de certains soins, optiques et dentaires notamment, qui demeurent soumis à une contribution financière.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2021 aux citoyens de l'Union européenne entrant au Royaume-Uni pour un séjour de plus de 6 mois. Les titulaires d'un visa étudiant sont dans une situation à part : ils doivent bien régler l'IHS au moment de leur demande de visa, mais ils se la voient rembourser par la suite. Les réfugiés Ukrainiens disposant d'un visa (*Homes for Ukraine, Ukraine family scheme*) n'ont pas à payer l'IHS.

Les citoyens de l'Union Européenne qui résidaient au Royaume Uni avant le 31 décembre 2020 et qui ont obtenu le *pre-settled* ou le *settled status* sont considérés comme résidents et ont accès gratuitement aux soins délivrés par le NHS.

Quant aux personnes en séjour touristique de moins de 6 mois, elles peuvent avoir recours à la Carte européenne d'assurance maladie pour que leurs frais de santé inopinés ou urgents soient couverts par leur Etat d'origine.

b) **personnes ne disposant pas d'un droit au séjour :**

pour limiter les créances non recouvrables, les étrangers qui ne résident pas formellement au Royaume-Uni doivent s'acquitter par avance du coût de leur prise en charge (selon un tarif fixé à 150% du tarif NHS) et ce, avant que tout acte ne soit réalisé. S'ils ne peuvent pas payer, ils peuvent renoncer au traitement s'il n'est pas urgent, ou offrir une promesse écrite de



Royaume-Uni :

paiement en ayant recours à un garant. S'ils ne peuvent pas faire cela, le traitement peut leur être refusé ou ils peuvent être réorientés vers le secteur privé. Toutefois, en cas d'urgence médicale établie par le praticien prenant en charge le patient, l'avance des frais n'est pas requise, le recouvrement s'effectuant a posteriori. 2 279 patients ont été concernés par cette mesure entre octobre 2017 et juin 2018.

Il existe des exemptions à ce cadre général, soit en fonction du statut des personnes, soit en fonction de la nature des soins :

a) **Certaines catégories de personnes ne résidant pas formellement au Royaume-Uni, peuvent être exemptées de l'acquittement des frais hospitaliers.**

Il en va ainsi des citoyens dont les pays d'origine ont conclu un accord bilatéral de sécurité sociale avec le Royaume-Uni mais aussi des réfugiés, des demandeurs d'asile, et de certains déboutés du droit d'asile. En outre, les enfants et les étrangers en situation irrégulière qui font une demande de titre de séjour de plus de 6 mois sont exemptés de toute participation financière pendant la durée d'examen de leur demande.

b) **Certains soins hospitaliers délivrés par le NHS sont gratuits.**

Il s'agit notamment du diagnostic et du traitement des maladies infectieuses mentionnées dans une liste, du traitement des maladies sexuellement transmissibles, des actes de planning familial - sauf l'IVG - et des soins requis pour une pathologie physique ou mentale résultant d'un acte de torture, de mutilations sexuelles féminines ou de violences conjugales ou sexuelles. Plus récemment, la prise en charge du traitement hospitalier de la Covid-19 a été ajoutée à la liste. En cas d'urgence objectivée par l'état clinique du patient, les soins relevant strictement de l'urgence sont gratuits mais les soins délivrés ultérieurement sont facturés. Enfin, ces soins deviennent onéreux s'il est établi que la personne est venue au Royaume-Uni dans le but de les recevoir.

C. **Les pouvoirs publics britanniques ont introduit des dispositifs contraignants pour limiter le recours à la NHS par les étrangers en situation irrégulière, toutefois leur efficacité est remise en question**

1. **La réglementation sur le règlement ex-ante par les personnes sans titre de séjour de leurs frais de santé a été renforcée.**

La réglementation sur la facturation des visiteurs étrangers du NHS England du 6 avril 2015 a conduit à une évolution significative des modalités de prise en charge de second recours. Les hôpitaux ont désormais l'obligation de déterminer si un patient doit être facturé pour les soins qu'il reçoit. Ainsi, de nombreux établissements sont dotés d'agents dédiés aux patients étrangers (« overseas visitor managers ») qui évaluent, en fonction de la situation du malade, l'éligibilité à la gratuité des soins ou les perspectives de recouvrement des sommes dues par la personne.

En 2017, la réglementation de 2015 a connu une double évolution :

- D'une part, toutes les organisations qui fournissent des services éligibles au NHS, pas seulement les organismes appartenant au NHS, sont désormais responsables de la facturation des patients. Cette évolution s'inscrit dans l'objectif d'améliorer le recouvrement des frais engendrés par la prise en charge des étrangers, en particulier des étrangers non-communautaires en situation irrégulière. Depuis le 23 octobre 2017, les hôpitaux de la NHS doivent effectuer le décompte des patients qui sont des « visiteurs étrangers » (overseas visitor).
- D'autre part, l'IHS (voir supra) a été instaurée dans le cadre des demandes de visas, pour pouvoir bénéficier de l'ensemble des services du NHS dans les mêmes conditions qu'une personne résidant au Royaume-Uni et ce, pendant toute la durée de validité du visa.

En janvier 2019, le montant de l'IHS est passé de 200€ à 400€ par an et par personne non étudiante, et de 150€ à 300€ par an pour les étudiants. En octobre 2020, les tarifs de l'IHS ont été à nouveau augmentés, passant de £300 par an à £470 pour les étudiants et personnes à leur charge et pour les personnes participant au « Youth Mobility Scheme ». Ils passent de £400 à £470 pour les mineurs et £624 pour les adultes.

Dans un rapport annuel publié en mars 2020, le Home Office estime que cette mesure lui a permis de collecter 910 M£ entre 2015 et 2019, un montant supérieur aux prévisions initiales de collecte de 1,4Mds£ sur dix ans. Si l'on regarde les deux derniers exercices budgétaires, le total collecté s'est élevé à 532,5 M£ pendant l'année budgétaire mars 2019-mars 2020, et à 376,8M£ pendant l'exercice mars 2020-mars 2021.



Royaume-Uni :

Depuis le 1er octobre 2020, les employés non-communautaires du NHS sont exemptés de cette surcharge et peuvent demander un remboursement de la surcharge réglée lors de la demande de visa.

2. Le recouvrement des frais de santé est dans la pratique difficile à mettre en œuvre

Le recouvrement du coût des soins est rendu difficile par les spécificités britanniques. Il n'existe aucun document qui détermine de façon univoque si un patient est éligible ou non à la gratuité des soins. Par ailleurs, l'obligation de paiement fluctue selon le statut administratif et migratoire de l'intéressé, qui peut rapidement évoluer au gré de l'instruction des demandes par les services compétents. Dès lors, les hôpitaux peuvent rencontrer des difficultés à prendre une décision, en particulier si le patient ne dispose pas de documents d'identité. Ainsi, le NHS peut solliciter le Home Office afin de disposer d'informations sur le statut migratoire du patient, dans le cadre de l'évaluation relative à l'éligibilité à la gratuité des soins hospitaliers.

Les hôpitaux du NHS peuvent également effectuer un signalement au Home office lorsqu'un patient étranger est débiteur d'une créance d'au moins 500£, si celle-ci n'a pas été réglée dans les deux mois suivant l'acte médical. Le Home Office est, le cas échéant, fondé à rejeter toute demande de visa ou de titre de séjour formulée par le patient tant que ce dernier ne s'est pas acquitté de sa dette.

L'ex-ministre de la Santé Matt Hancock avait annoncé en 2019 des plans visant à renforcer les équipes du NHS chargées de recouvrer les frais médicaux impayés, soutenus par l'allocation d'un million de livres supplémentaires. Les services en question ont déjà recouvré 1,3 milliard de livres de frais médicaux impayés par des patients n'étant pas bénéficiaires gratuits du NHS depuis 2015, mais le gouvernement admet qu'une part « significative » de cette dette reste impayée.

3. L'effet de ces mesures tant sur le renoncement aux soins des populations concernées qu'en matière de santé publique n'est pas aisément objectivable

L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière a été rendu plus complexe au cours des dernières années, plus particulièrement avec la formalisation de la politique du Home Office visant à créer un environnement aussi défavorable que possible à l'immigration illégale (parfois appelée *Home Office hostile environment policy*). A titre d'exemple, le Healthcare and Social Care Act de 2012 autorisait l'échange d'informations entre les autorités de santé et le ministère de l'Intérieur sur des patients soupçonnés d'être en situation irrégulière. Dans ce cadre, en 2017, les données de 3000 patients auraient été transmises. De nombreux professionnels de santé et une partie de la classe politique ont dénoncé cette situation comme mettant en danger la vie de personnes en situation irrégulière, en les conduisant à renoncer aux soins par peur de tels signalements.

Un amendement à la loi de protection des données, entrée en vigueur en mai 2018, a mis fin à cet échange de données. Désormais, seules les informations concernant les patients en situation irrégulière ayant commis un crime grave pourront être transmises.

Par ailleurs, les évolutions dans la tarification des soins de second recours pour les étrangers non communautaires en même temps que l'avance des frais demandée aux patients auraient contribué, d'après un rapport de mai 2019 de la British Medical Association (BMA), à une augmentation du renoncement aux soins pour cette population. Toutefois, en l'absence de données consolidées, il demeure difficile de disposer d'une vision statistique du phénomène, le ministère de la santé britannique refusant de publier les résultats de l'évaluation gouvernementale sur le sujet. En février 2019, le Gouvernement britannique a reconnu que 22 patients s'étaient vu demander une avance de frais alors même que l'urgence de leur état les en dispensait.

Bien que reconnaissant la nécessité de facturer certains services de la NHS aux patients étrangers, notamment en situation irrégulière, la BMA estime que la réglementation relative aux frais hospitaliers a eu des effets négatifs sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients et sur la santé publique. Selon une enquête de la BMA publiée en septembre 2018, 35% des 285 médecins interrogés estimaient que les patients étrangers évitaient de recourir aux soins du NHS en raison de la facturation de la prise en charge. Lors de son congrès annuel fin juin 2019, les membres de la BMA ont voté une motion appelant à retirer toute forme de tarification spécifique pour les étrangers non-communautaires, notamment ceux en situation irrégulière.

En 2021, un rapport produit par des membres du Lewisham & Greenwich NHS Trust (LGT) et des associations de soutien a produit plusieurs dizaines de recommandations pour améliorer le traitement des patients non-éligibles à la gratuité des soins, pointant des dérives qui avaient conduit à la précarisation de personnes déjà fragiles (victimes de violences domestiques non informées de la gratuité des soins les concernant, patient conduit à vivre dans la rue du fait des exigences de remboursement...). Les auteurs du rapport mettent en garde contre le risque qu'un nombre croissant de personnes renoncent à l'accès aux soins.



Royaume-Uni :



Suède :

1. Définition d'une personne sans papier en Suède :

Une personne sans papier (*papperslös*) fait référence aux personnes de tous âges qui vivent, travaillent ou étudient en Suède sans permis de séjour valide. Un autre terme utilisé est celui de migrant irrégulier (*personer som saknar tillstånd*), qui fait référence aux personnes qui n'ont pas de statut légal dans un pays de transit ou d'accueil. Il peut s'agir de personnes qui sont venues en Suède sans titre de séjour, mais aussi des personnes qui sont venues légalement sur le territoire suédois mais qui sont demeurées sur le territoire alors que leur titre de séjour était arrivé à échéance et n'avait pas été renouvelé.

Les personnes sans-papiers comprennent également ceux qui n'ont pas déposé de demande d'asile ou qui choisissent de rester dans le pays malgré le rejet de leur demande. Le droit du travail suédois interdit de travailler sans permis de travail, les personnes sans-papiers ont donc peu de chances de gagner leur vie grâce à un emploi en dehors du travail illégal.

Les étrangers extra-européens souhaitant venir en Suède doivent faire une demande de visa (de 90 jours). Pour les séjours plus longs, un permis de séjour est requis, par exemple, cela peut s'appliquer aux touristes, aux étudiants en visite, aux doctorants, aux travailleurs, aux visites de famille et d'amis. Toute personne qui reste en Suède après l'expiration de son visa ou de son permis de travail se retrouve sans papiers et doit alors demander un nouveau permis pour rester ici. Les citoyens de l'UE/EEE sont exemptés de ces règles et n'ont pas besoin d'un permis pour séjourner en Suède pendant une durée maximale de trois mois.²⁹

2. Nombre de personnes sans-papiers en Suède :

Il est difficile de connaître précisément le nombre de personnes sans-papiers en Suède. On estime que ce nombre oscille entre 10 000 et 35 000 personnes, dont environ 2 000 à 3 000 enfants³⁰. On estime que 50% ces enfants prendraient en moyenne 4 médicaments prescrits par an et que l'ensemble des enfants sans-papiers consommeraient environ 6000 médicaments par an en Suède³¹. Pour mémoire, la population totale en Suède s'élève à 10,5 millions d'habitants en 2022³².

Le nombre de personnes sans-papiers peut également varier en fonction de la saison et de l'accès aux emplois dans le reste de l'Europe. La difficulté d'obtenir des statistiques stables et précises est due au fait que ces personnes ne sont enregistrées nulle part – la peur de l'expulsion fait qu'ils restent généralement à l'écart des autorités. Il n'existe pas non plus de chiffres fiables sur le nombre de citoyens de l'UE restés ici après l'expiration de leur visa ou sur le nombre de migrants économiques travaillant illégalement en Suède.³³

En 2022, 141 428 personnes ont obtenu un permis de séjour en Suède. Parmi ceux-ci, les permis de séjour au titre de la directive européenne sur les migrations de masse (Directive UE 2003/109) étaient le type le plus couramment délivré, suivis par les permis de séjour pour liens familiaux (Directive UE 2003/86), puis les permis de séjour pour des raisons liées au marché du travail (Directive UE 2009/50 et Directive UE 2014/36). En 2022, 44 570 personnes ont obtenu un permis de séjour parce qu'elles étaient des parents d'une personne en Suède qui possède soit la nationalité suédoise, soit un permis de séjour en Suède.³⁴

3. Définition d'un réfugié en Suède :

²⁹ <https://www.transkulturelltcentrum.se/vara-kunskapsomraden/migration-och-halsa/papperslosa/>

³⁰ *Ibid.*

³¹ <https://www.regeringen.se/contentassets/49618bcb4fd94b6081d9696f55bc7f8d/utgiftsomrade-9-halsovard-sjukvard-och-social-omsorg.pdf>

³² <https://swedish-presidency.consilium.europa.eu/fr/presidence/decouvrez-la-suede/donnees-factuelles-sur-la-suede/>

³³ <https://www.transkulturelltcentrum.se/vara-kunskapsomraden/migration-och-halsa/papperslosa/>

³⁴ <https://www.migrationsinfo.se/migrationsinfo-sammanfattar-migrationsaret-2022/>



Suède :

La Suède reprend la définition de la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés³⁵. Un réfugié est donc une personne qui a fui son pays en raison d'une crainte fondée d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de son appartenance à un groupe social particulier ou de ses opinions politiques, qui se trouve en dehors du pays dans lequel il est citoyen et qui, en raison de la peur mentionnée précédemment, ne peut ou ne veut pas retourner dans ce pays.³⁶ En tant qu'Etat membre de l'Union européenne, la Suède applique également la définition des réfugiés telle que déterminée par l'article 12 de la directive 2011/95/UE et qui découle de la définition de la Convention des Nations Unies suscitée.

4. Nombre de réfugiés en Suède :

En 2022, l'Agence des réfugiés des Nations Unies a enregistré 277 726 réfugiés³⁷ sur le territoire suédois. Parmi eux, 113 213 réfugiés venaient de Syrie, d'Irak ou du Yémen, 40 129 étaient Ukrainiens et 26 857 étaient Afghans.³⁸

La même année, 16 738 personnes ont demandé l'asile en Suède³⁹, soit une augmentation par rapport à 2021, où 11 412 personnes avaient demandé l'asile. Ce chiffre est bien inférieur à la moyenne de la période 2000-2011, lorsque la Suède accueillait en moyenne environ 26 000 demandeurs d'asile par an. Après 2011, le nombre de demandeurs d'asile en Suède a augmenté à mesure que la guerre en Syrie s'intensifiait et que la situation dans les camps de réfugiés des pays syriens voisins s'aggravait. Cette augmentation a atteint son apogée lors de l'année record de 2015, lorsqu'un total de 162 877 personnes ont demandé l'asile, dont 70 000 enfants. La moitié de ces enfants n'étaient pas accompagnés. Le nombre de demandeurs d'asile en Suède a fortement diminué en 2016 en raison, entre autres, de l'introduction de contrôles aux frontières intérieures et extérieures, de la loi sur les restrictions temporaires à la possibilité d'obtenir un permis de séjour en Suède et de l'accord entre l'UE et la Turquie. En 2020, la pandémie a également affecté le nombre de demandeurs d'asile en Suède. Le nombre de demandes d'asile a diminué depuis 2016 jusqu'en 2022. En février, la guerre en Ukraine s'est intensifiée et l'UE a activé pour la première fois la directive 2001/55/CE sur la protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées. Le nombre total de demandeurs couverts par les dispositions de cette directive en Suède s'élevait à 50 365 en 2022.⁴⁰

5. Actualité du débat sur l'accès aux soins pour les personnes sans papiers ou réfugiées en Suède :

Dans le gouvernement du Tidö (nom de l'actuelle coalition gouvernementale), ce sont les Démocrates suédois (*Sverigedemokraterna*, extrême droite) qui pèsent dans la discussion sur les soins aux personnes sans-papiers. Ils souhaitent limiter le droit des réfugiés et des sans-papiers aux soins d'urgence, et que le financement des autres soins soit assuré par les patients eux-mêmes. Les soins dentaires d'urgence et les soins dentaires « ne pouvant attendre » seraient notamment retirés de la liste des prestations offertes aux réfugiés et aux personnes sans-papiers.

Le gouvernement du Tidö veut également obliger les communes et les administrations à signaler à *Migrationsverket* les personnes en situation irrégulière sur le territoire suédois (anmälningsplikt). Cette obligation porterait sur tous les agents du secteur public au contact de personnes en situation irrégulière, par exemple les professeurs, les travailleurs sociaux, les bibliothécaires, ou encore les professions de santé.

Juridiquement, **cette proposition du gouvernement n'est pas en conformité avec le principe du *likvärdig vård***, c'est-à-dire le droit de tout un chacun à obtenir un soin de même qualité, quelle que soit sa condition économique, sociale, ou la régularité de son séjour sur le territoire national, ainsi que les principes du secret médical (*tystnadsplikt*) et de confidentialité des échanges avec le patient (*patientssekretess*).

Les professionnels de santé et leurs organisations syndicales **sont fortement opposés à cette réforme**, qu'ils dénoncent comme augmentant les risques d'évitement des soins pour les patients en situation irrégulière, ce qui aggraverait leur état de santé, pèserait *in fine* davantage sur les ressources financières du système de santé et compromettrait la capacité de la Suède à assurer une prise en charge sanitaire sûre et éthique. Suite à ces vives protestations, le gouvernement a proposé d'investiguer la possibilité de créer une exception en droit pour les professions de santé, mais la question fait encore débat au sein du gouvernement, le président de la commission de justice Richard Jomshof (SD) considérant que l'obligation de signalement doit s'appliquer sans distinction à tous les agents publics. De nombreuses

³⁵ <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-relating-status-refugees>

³⁶ <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Asylregler.html>

³⁷ <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=Ld0w3N>

³⁸ <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/64074d217.pdf>

³⁹ Un demandeur d'asile est une personne qui se dit réfugié(e) mais dont la demande est toujours en cours d'examen.

<https://www.unhcr.org/fr/demandeurs-dasile>

⁴⁰ <https://www.migrationsinfo.se/migrationsinfo-sammanfattar-migrationsaret-2022/>



Suède :

régions plaident également pour la création d'une exception pour les professionnels de santé.

La restriction du panier de soins aux réfugiés et aux sans-papiers peut également s'avérer non conforme à la convention européenne des droits de l'homme, ainsi qu'au droit de l'Union européenne, notamment l'article 19 de la directive 2013/33/UE, qui fixe les normes minimales pour les soins et l'accueil délivrés aux réfugiés. Cette directive précise en particulier que ces soins comprennent *a minima* les soins d'urgence et les soins nécessaires au traitement des maladies ainsi qu'aux troubles psychiques graves. Les Etats membres doivent ainsi pourvoir à l'accueil médical des patients, y compris s'ils ont des besoins spécifiques en raison d'un handicap psychique ou physique.

Ces dispositions ont été transposées en droit suédois par la formule « soins qui ne peuvent attendre » (*vård som inte kan anstå*) par Socialstyrelsen, et comprennent par **exemple la prise en charge contraceptive, maternelle, abortive et infectieuse, ainsi que les examens cliniques nécessaire au diagnostic pathologique**. *Socialstyrelsen* précise par ailleurs qu'une attention particulière doit être portée aux soins délivrés aux patients victimes de torture, d'une atteinte grave aux personnes ou souffrant de stress post-traumatique. Cependant, *Socialstyrelsen* n'a jamais défini de manière exhaustive l'ensemble des soins « ne pouvant attendre », arguant que cela devait être évalué par les professionnels de santé, ce qui nourrit la controverse au sein du gouvernement actuel.

Les enfants ont toujours le droit d'accéder à l'école et aux soins, même s'ils résident de manière irrégulière sur le territoire national. Ce droit ne recouvre pas seulement les soins d'urgence, mais également les soins dentaires et tous les soins qui ne sauraient être reportés sans poser un préjudice au patient. Les critiques de l'obligation de signalement soulignent que la restriction d'accès à ces services pourrait créer une société de l'ombre (*skuggsamhälle*).

Dans les faits, on observe des difficultés d'accès aux soins pour les personnes sans-papiers⁴¹, à qui les centres de santé et les établissements de santé refusent régulièrement la prise en charge⁴² au motif qu'ils ne sont pas rattachés au système de santé suédois en raison de leur situation irrégulière.

Si la proposition du gouvernement venait à être adoptée, les régions et les communes, chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique sanitaire et médico-sociale sur leur territoire, conserveraient juridiquement la possibilité d'interpréter largement la notion d'urgence. Actuellement, les régions ont toujours la possibilité d'offrir un éventail de soins plus large que ce qui est prévu dans les directives nationales aux personnes réfugiées et sans-papiers.

6. Accès des personnes réfugiées et sans-papiers aux soins :

Le cadre juridique de la prise en charge des soins aux sans-papiers est fixé par la loi 2013:407 sur les soins délivrés aux personnes se trouvant sur le territoire suédois sans autorisation de séjour⁴³. La loi 2008:344 sur les soins délivrés aux demandeurs d'asile s'applique quant à elle à la situation des réfugiés⁴⁴. La loi de 2013 aligne l'offre de soins aux personnes en situation irrégulière sur celle fournie aux demandeurs d'asile et aux réfugiés.

7. Accès aux soins d'urgence (moyennant paiement) :

Une visite au centre de santé (*vårdcentral*) coûte 50 couronnes (4,36 €) par consultation, et une visite à un médecin spécialiste sans lettre d'adressage d'un centre de santé coûte 400 couronnes (34,86 €) par consultation⁴⁵. La visite chez un paramédical (infirmier, kinésithérapeute...) après adressage d'un centre de santé coûte 25 couronnes (2,18 €).

8. Accès aux soins d'urgence (sans paiement) :

Tous les migrants en situation irrégulière sont accueillis gratuitement aux urgences depuis la loi du 1er juillet 2013. Ils peuvent bénéficier de soins médicaux et soins dentaires lorsque ceux-ci sont urgents ou nécessaires. Cela comprend également des soins de maternité, d'avortement, de planning familial et un contrôle de santé. Les soins de santé sont financés par des subventions de l'Etat aux régions. L'argent est réparti en fonction du nombre de résidents. Le coût réel des soins des migrants en situation irrégulière a augmenté ces dernières années en même temps que le nombre de migrants. Les coûts sont cependant faibles lorsqu'on les compare avec les coûts de

⁴¹ <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:384659/FULLTEXT01.pdf>

⁴² <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2008/02/diskriminering-av-papperslosa-i-varden-leder-till-lidande-och-dod/>

⁴³ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso-och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407/

⁴⁴ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso-och-sjukvard-at_sfs-2008-344/

⁴⁵ <https://www.rodakorset.se/var-hjalp-i-sverige/vard-och-behandling/vard-for-papperslosa/>



Suède :

santé par région, qui demeurent bien plus élevés (voir annexe 3 du présent document).

Entre 2014 et 2020, le coût des soins dans les trois régions métropolitaines est passé de 88 millions à 270 millions d'euros par an. Ceci s'explique par un amendement de la loi entrée en vigueur en 2013, suite à un accord entre la coalition de droite au pouvoir (gouvernement de Fredrik Reinfeldt) et le Parti vert, qui donne aux sans-papiers le droit à des soins ne pouvant être prévus.

Les régions ne peuvent refuser des soins d'urgence aux mineurs, quelle que soit leur situation. Ils bénéficient des mêmes services de soins que les enfants résidents en Suède. Dans la majorité des cas, les soins sont gratuits pour les mineurs.

9. Accès au-delà des soins sans condition d'urgence et sans paiement :

Depuis 2013, les migrants en situation irrégulière reçoivent généralement des soins santé et des soins dentaires. Ils se voient prescrire les médicaments correspondant au traitement des pathologies diagnostiquées, et paient leurs médicaments de la même manière que les citoyens résidant légalement sur le territoire suédois.

Toute consultation ou soins dans le cadre de la loi sur la protection contre les infections (*Smittskyddslagen*) est gratuite : blennorragie, VIH, chlamydia, l'hépatite A, B et C, syphilis, et tuberculose⁴⁶. Les soins de suivi de grossesse, de maternité, d'avortement et de contraception sont également gratuits. Si les dépenses à charge du patient (hors soins d'urgence non couverts par la gratuité) excèdent les 400 couronnes (34,86 €) dans les six mois, il peut bénéficier d'un remboursement de la part de l'Agence des Migrations (*Migrationsverket*)⁴⁷.

10. Quels sont le nombre de bénéficiaires et le coût budgétaire associé à ces dispositifs ?

Il n'existe en Suède aucune statistique exacte sur le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs. Cependant, l'association des communes et des régions de Suède, *Sveriges kommuner och regioner, SKR* procède à une estimation des coûts (*des données chiffrées complémentaires sur les demandeurs d'asile figurent en annexe 3 du présent document*) : pour les trois principales régions suédoises, en 2021, 245 millions de couronnes auraient été consacrées aux bénéficiaires de ces dispositifs ; en 2022, 282 millions de couronnes auraient été consacrées aux bénéficiaires de ces dispositifs.

Tableau 1. Coûts dans les régions des grandes villes

Source : Association des communes et des régions de Suède

Miljoner kronor

År	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Stockholm	127	154	-	-	171	201
VGR	52	42	-	-	50	46
Skåne	13	13	-	-	24	35
Totalt	192	209	-	-	245	282

Le tableau ci-dessus montre les dépenses dans la région de Stockholm, de l'ouest de Västragötaland (Göteborg) et du Skåne (Malmö). Au total, dans ces 3 régions qui concentrent la quasi-totalité si ce n'est la totalité de la population en situation irrégulière.

Les soins pour les personnes en situation irrégulière sont financés par une dotation gouvernementale, qui en 2017 s'élevait à 300 MSEK (26,4 M€) pour des dépenses atteignant 249 M SEK (21,7 M€).

Cependant, la répartition entre régions qui se fait en fonction du nombre de résidents ne prend pas en compte la répartition très inégale des sans-papiers sur le territoire, ainsi la subvention accordée à Stockholm est inférieure aux besoins depuis plusieurs années. En parallèle, les besoins continuent d'augmenter mécaniquement avec la diminution du nombre de demandes d'asile acceptées. Il existe également un certain flou administratif concernant l'accès aux soins pour les citoyens européens non-résidents et en situation de vulnérabilité.

La fourniture des soins de santé à l'égard des sans-papiers est donc hétérogène au niveau national en raison d'interprétations régionales différentes de l'obligation d'offre de soins. Certaines régions offrent ainsi des soins aux citoyens européens vulnérables, gratuitement, par l'allocation d'une partie de leurs subventions publiques, d'autres leur facturent le coût total des soins : les ⅓ des régions considèrent que la loi sur les soins de santé aux sans-papiers ne concerne pas les citoyens de l'UE. En effet, si l'association suédoise des communes et des régions (*SKR*) estime qu'un citoyen européen ne peut, en principe, être considéré comme un sans-papier en ce qui concerne l'obligation des municipalités d'offrir une scolarité, elle considère, en revanche, que la situation juridique est plus délicate en ce qui concerne l'obligation faite aux régions d'offrir des soins de santé à ces personnes. Les citoyens de l'UE ont le droit de rester pendant trois mois dans le pays sans détenir de permis de séjour, et ne sont donc, selon *SKR*, pas concernés par la loi sur les soins aux sans-papiers. *Statskontoret* considère qu'il est fondamental de permettre aux citoyens de l'UE d'avoir accès aux soins subventionnés en Suède. Les incertitudes actuelles impliquent le risque que l'accès aux soins leur soit injustement refusé ou que les soins subventionnés leur soient accordés de manière incorrecte. Cependant, aucune région ne leur

⁴⁶https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/

⁴⁷<https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyli-i-Sverige/Medan-du-vantar/Halso-och-sjukvard/Avgifter-for-sjukvard.html>



Suède :

refuse l'accès aux soins en cas d'urgence et ne fait de différence de traitement lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux mineurs, quel que soit leur statut (légal ou non).

Les régions n'ont généralement pas développé de solutions spécifiques pour les sans-papiers. Cependant, il existe plusieurs comtés qui ont des centres de santé où des compétences spéciales sont rassemblées pour recevoir des demandeurs d'asile et des personnes sans papier. Par exemple, dans la région de Västmanland, il existe un centre médical spécial dans la ville de Västerås - Asylum and Integration Health (AIH) - pour les demandeurs d'asile et les personnes sans-papier. Les personnes peuvent obtenir une visite chez le médecin, des séances de psychothérapie, être référées vers un spécialiste et obtenir des prescriptions de médicaments. Il est également possible de faire appel à des interprètes dans plusieurs langues. AIH possède également des services de soins de gynécologie-obstétriques et à destination des enfants.

TABLEAU DE SYNTHÈSE

Couverture maladie	Soins urgents	AME	Situation en vigueur en Suède concernant l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière
Conditions d'accès	<i>Ne bénéficier d'aucune couverture particulière (AME ou PUMa)</i>	<i>Résider en France en situation irrégulière au regard du droit au séjour Avoir des ressources inférieures à un plafond fixé par voie réglementaire (809,90€ par mois pour une personne seule depuis le 1/04/23)</i>	Les étrangers en situation irrégulière sont pris en charge lorsqu'ils ont besoin de soins par les régions, responsables de l'offre de soins. Les personnes en situation irrégulière doivent se tourner vers les soins primaires (<i>vårdcentral</i>) où l'infirmière régularisatrice les orientera si besoin vers une prise en charge spécialisée. Idéalement, ils doivent indiquer leur « numéro de réserve » (= numéro d'immatriculation temporaire) qu'ils ont pu recevoir par le passé (lors d'une visite médicale) en l'absence de numéro de sécurité sociale. Dans la région Stockholm, une carte de patient spéciale est délivrée aux sans-papiers. De leur côté, les demandeurs d'asile se voient délivrer une carte LMA (dite LMA-kortet) par <i>Migrationsverket</i> pour accéder aux soins.
Délai de carence	<i>Aucun</i>	<i>3 mois de présence irrégulière sur le territoire pour les soins de droit commun (sauf les mineurs) 9 mois de bénéfice de l'AME pour un certain nombre de soins fixés par voie réglementaire (sauf pour les mineurs) Possibilité de déroger au délai de carence de 9 mois sur accord préalable du service médical de l'assurance maladie</i>	Cela n'est pas précisé par les dispositions, mais logiquement, dès l'arrivée sur le territoire national ou l'expiration du titre de séjour.
Panier de soins	<i>Soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de votre état de santé ou de celui d'un</i>	<i>Exclusion du panier de soins des assurés des médicaments princeps, des médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 %), des actes et produits spécifiques à la procréation médicalement</i>	Le panier de soins comprend : - Les soins d'urgence ; - Les soins généraux et soins dentaires « qui ne peuvent être attendre », cette notion n'ayant jamais été précisément définie par le Conseil de la santé et du bien-être, <i>Socialstyrelsen</i> ;



Suède :

	<p><i>enfant à naître.</i></p> <p><i>Soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité</i></p> <p><i>Soins dispensés à une femme enceinte et à un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement.</i></p> <p><i>Interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical)</i></p>	<p><i>assistée et des cures thermales ;</i></p> <p><i>L'accès aux prestations programmées qui ne présentent pas un caractère d'urgence telles que fixées par l'article R. 251-3 du CASF est conditionné à un délai d'ancienneté de 9 mois (ou à un accord préalable si nécessaires pendant le délai de carence)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les soins de maternité et d'obstétrique ; - Les soins d'avortement et les conseils en matière de contraception ; - Les médicaments prescrits dans le cadre des soins suscités ; - Tout examen de santé nécessaire <p>Les mineurs en situation irrégulière ont accès à l'ensemble des soins, y compris les soins dentaires, de manière gratuite.</p> <p>Certaines régions vont plus loin que la loi et proposent un accès aux soins pour les sans-papiers adultes équivalent à celui des résidents suédois.</p>
<p>Conditions de prise en charge financière</p>	<p><i>Prise en charge de l'intégralité des soins couverts par les dispositifs pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.</i></p> <p><i>Dispense totale d'avance des frais</i></p>	<p><i>Prise en charge de l'intégralité des soins du panier de soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais pour ces soins</i></p> <p><i>Pas de protection contre les dépassements d'honoraires</i></p> <p><i>Pour les prestations relevant du 100% Santé, prise en charge dans la limite des tarifs de la sécurité</i></p> <p><i>Pour les étrangers en situation irrégulière dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources, 100% des coûts à prendre en charge par les intéressés</i></p>	<p>Tous les migrants en situation irrégulière sont accueillis gratuitement aux urgences générales et aux urgences dentaires depuis la loi du 1er juillet 2013. Ils peuvent bénéficier de soins médicaux et soins dentaires lorsque ceux-ci sont urgents ou nécessaires. Cette gratuité recouvre également des soins de maternité, d'avortement, de planning familial, les soins donnés en traitement des maladies entrant dans le cadre de la loi sur les maladies infectieuses (à savoir blennorragie, VIH, chlamydia, l'hépatite A, B et C, syphilis, et tuberculose), ainsi que tout examen de santé utile au dépistage de pathologies.</p> <p>Une visite au centre de santé (<i>vårdcentral</i>) coûte 50 couronnes (4,36 €) par consultation, et une visite à un médecin spécialiste sans lettre d'adressage d'un centre de santé coûte 400 couronnes (34,86 €) par consultation⁴⁸. La visite chez un paramédical (infirmier, kinésithérapeute...) après adressage d'un centre de santé coûte 25 couronnes (2,18 €).</p> <p>Si les dépenses à charge du patient (hors soins d'urgence non couverts par la gratuité) excèdent les 400 couronnes (34,86 €) dans les six mois, il peut bénéficier d'un remboursement de la part de l'Agence des Migrations (<i>Migrationsverket</i>).</p>

ANNEXE 1

La Suède et l'immigration, éléments de contexte

La Suède est depuis longtemps un pays d'immigration, et la **proportion de personnes nées à l'étranger atteint près de 20% de la population**, soit environ 2 millions de personnes.

Le modèle d'intégration suédois a produit des réussites notables, par exemple dans les secteurs du sport (Zlatan Ibrahimovic, né dans un quartier difficile de Malmö d'un père bosniaque et d'une mère croate) ou de la culture (Laleh, célèbre chanteuse-compositrice et actrice née en

⁴⁸ <https://www.rodakorset.se/var-hjalp-i-sverige/vard-och-behandling/vard-for-papperslosa/>



Suède :

Iran, ou Loreen, chanteuse d'origine marocaine deux fois gagnante de l'Eurovision), mais aussi dans la littérature (Qaisar Mahmood, né d'un père pakistanais, ou Theodor Kallifatides, qui a émigré de Grèce en 1964) et le journalisme (Diamant Salihu, né au Kosovo, et nommé journaliste de l'année 2021 en Suède). Deux ministres de l'actuel gouvernement, ou Nooshi Dagostar, dirigeante du Parti de gauche, sont d'origine iranienne. En ce qui concerne l'intégration des immigrés, **la Suède est par ailleurs très bien placée sur l'indice MIPEX⁴⁹**, qui mesure de 1 à 100 l'accès des étrangers à la mobilité professionnelle ascendante, à l'éducation, à la santé, à l'exercice des droits civiques, et examine les législations relatives au droit au regroupement familial, à l'accession à la nationalité, et les facilités d'accès à un séjour de longue durée. En 2020, la Suède obtient un indice de 86, contre 56 pour la France, le score moyen des pays examinés étant de 49⁵⁰.

Un consensus a toutefois émergé pour considérer que les capacités du système d'intégration suédois avaient été dépassées par les vagues de réfugiés du milieu des années 2010 (163.000 personnes en 2015), qui ont accentué les faiblesses existantes. Les derniers contingents de « nouveaux arrivants » (de Somalie, Erythrée, Afghanistan, Syrie, Irak...), notamment les femmes, rencontrent de plus grandes difficultés à s'intégrer économiquement dans la société.

En matière de politique migratoire, à l'issue d'une campagne électorale marquée par le constat d'un « échec » du modèle d'intégration suédois, l'accord de gouvernement entre les partis de droite et d'extrême-droite d'octobre 2022 prévoit notamment les mesures suivantes :

- Augmentation du seuil salarial requis pour obtenir un permis de travail : le gouvernement a proposé qu'une personne ayant fait une demande de permis de travail justifie d'un salaire qui s'élève à au moins 80% du salaire médian publié par SCB, l'office central des statistiques, c'est à dire 26.560 SEK (2.288 €) avant impôts par mois, au lieu de 13.000 SEK (1.120 €) actuellement ;
- Restriction de la politique d'asile au minimum requis par l'UE et les textes internationaux signés par la Suède ;
- Etude annoncée sur la création de centres de retour et de transit pour les demandeurs d'asile s'étant vus déboutés, à hauteur de 300 millions de couronnes (25 M€) ;
- Possibilité de revenir sur l'octroi du permis de résidence aux demandeurs d'asile si les conditions dans le pays d'origine se sont améliorées ;
- Réduction des critères du regroupement familial aux cercles les plus proches ;
- Lancement d'une étude pour augmenter le temps nécessaire passé sur le territoire pour acquérir la nationalité à 8 ans ;
- Lancement d'une étude pour le renforcement des exigences linguistiques et culturelles afin d'acquérir la citoyenneté et mise en place d'une cérémonie de citoyenneté obligatoire, avec instauration d'une forme de déclaration de loyauté aux valeurs suédoises ;
- Lancement de mesures incitatives pour le retour dans le pays d'origine des demandeurs d'asile déboutés en allouant un budget de 75 millions de couronnes (6 M€) au développement de contacts diplomatiques avec les pays concernés.

Une différence d'intégration sur le marché du travail est observée de longue date entre les citoyens nés en Suède et ceux nés en dehors de l'Union européenne. Ainsi, en 2021, le taux de chômage dans la population était de 8,3%, mais de 20% pour les personnes nées à l'étranger. Cette différence tend cependant à se réduire au fil du temps : il y a dix ans, le taux d'emploi des étrangers de 16 à 64 ans était de 63%, il est de 71% en 2023⁵¹. **Les études montrent que l'apprentissage de la langue suédoise est un facteur déterminant d'intégration sur le marché du travail.** C'est pourquoi les politiques de l'emploi du gouvernement du Tidö se concentrent sur l'amélioration de l'employabilité des nouveaux arrivants en encourageant les formations courtes et professionnalisantes ainsi que l'apprentissage des us et coutumes de la société suédoise. En effet, près de la moitié des ressortissants extra-européens résidant en Suède ne sont pas autonomes financièrement et nombre d'entre eux n'ont aucun revenu. Des ressources spécifiques sont ainsi dédiées à l'intégration socio-économique des femmes extra-européennes, qui constituent le groupe le plus éloigné de l'emploi.

ANNEXE 2

[La politique d'asile en Suède](#)

⁴⁹ Le MIPEX est un travail du Migration policy group, une ONG partiellement financée par la Commission européenne et dont la vocation est de faire de la recherche sur les enjeux d'intégration, de migration et les politiques discriminatoires.

⁵⁰ Par mesure de comparaison, l'Allemagne obtient 58, le Royaume-Uni 56, les Etats-Unis 73, et parmi les voisins nordiques, la Finlande obtient 85, la Norvège 69, et le Danemark 49.

⁵¹ <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/fler-utrikes-fodda-far-jobb-i-sverige>



Suède :

La Suède a **une tradition d'accueil et de solidarité profondément ancrée dans son histoire**. Pendant la Seconde guerre mondiale elle a accueilli des réfugiés juifs allemands et danois, des réfugiés finlandais et baltes pendant la guerre froide, des chiliens fuyant la dictature de Pinochet à partir de 1973, ainsi que des réfugiés yougoslaves dans les années 90.

Le gouvernement avait encouragé une politique des « cœurs ouverts » en réaction à la crise des réfugiés de 2014-2015. En 2014, 81.300 demandes d'asiles avaient été reçues par *Migrationsverket*, l'Agence des migrations. Avec 163.000 demandeurs d'asile en 2015, la Suède avait le niveau le plus élevé d'Europe en proportion de sa population. Moins de 20% des communes, qui avaient l'obligation de proposer des logements aux nouveaux arrivants, ont concentré l'accueil de 50% des réfugiés.

En 2022, 50.365 personnes, dont environ 38.000 réfugiés ukrainiens, ont demandé l'asile en Suède après l'activation de la directive sur la protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées. En 2023, environ 56% des réfugiés ukrainiens adultes en Suède ont trouvé un travail, et entre janvier et juillet 2023, seules 7.906 personnes se sont vues accorder l'asile.

En moyenne, il faut 7 ans à un réfugié sans diplôme pour entrer sur le marché du travail suédois, selon les données de l'institut statistique suédois, qui a suivi des cohortes de réfugiés sur 15 ans⁵².

L'étude montre que les deux premières années sont souvent consacrées à l'apprentissage de la langue et d'une formation professionnalisante.

Après cinq ans, 43 pour cent des hommes et 26 pour cent des femmes avaient un emploi. Après 6 ans, c'est presque la moitié des hommes qui occupent un emploi rémunéré, et il faut attendre 7 ans pour les femmes.

Bien sûr, le niveau de diplôme initial est déterminant, notamment si la personne est illettrée dans son pays d'origine. La cohorte qui avait été suivie était principalement d'origine irakienne.

ANNEXE 3. DONNÉES SUR LA CONSOMMATION DES SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE

Tableau 1. Nombre de personnes ayant demandé l'asile en Suède (première demande), évolution de 2016 à 2021⁵³

Tabell 1. Antal som sökt asyl

Antal och procentuell fördelning mellan könen

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totalt antal	28 939	25 666	21 502	21 958	12 991	11 419
Kvinnor i %	40	39	40	40	39	37
Män i %	60	61	60	60	61	63

Källa: Migrationsverket.

Ci-dessus, on peut lire l'année, le nombre total de demandes, le pourcentage de femmes, et le pourcentage d'hommes. Les données proviennent de l'office des migrations, Migrationsverket.

Tableau 2. Nombre de demandeurs d'asile (nouvelles demandes et demandes en attente de traitement) en Suède, évolution de 2016 à 2021⁵⁴

Tabell 2. Medelantal asylsökande

Antal

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Medeltal	148 445	89 199	59 461	43 132	33 846	24 318

Anm.: I tabellen anges hur många asylsökande som i medeltal av antalet registrerade asylsökande vid slutet av varje kvartal fanns registrerade.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

Les données proviennent de l'office des migrations, Migrationsverket, et des propres décomptes de l'association des communes et des régions, Sveriges kommuner och regioner, les régions étant chargées de l'organisation des soins en Suède.

Tableau 3. Nombre moyen de visites aux différents services de santé effectuées par les demandeurs d'asile, par demandeur d'asile, de 2016 à 2021⁵⁵

⁵²<https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Flyktingars-vag-in-pa-svensk-arbetsmarknad/>

⁵³<https://skr.se/download/18.6a40047a185e2f0179f1c1af/1674806062982/Halso-och-sjukvard-asylsokande-2019-2021.pdf>

⁵⁴Ibid.



Suède :

Tabell 3. Nyckeltal som speglar vårdens omfattning för de asylsökande

Genomsnittligt antal per asylsökande

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Läkarbesök i primärvård	1,4	1,3	1,1	-	-	0,8
Läkarbesök i öppen specialistvård	0,9	0,9	0,9	-	-	0,7
Vårdtillfällen i sluten somatisk vård	0,1	0,1	0,1	-	-	0,09
Vård dagar i sluten somatisk vård	0,5	0,5	0,5	-	-	0,44
Vårdtillfällen i sluten psykiatrisk vård	0,02	0,02	0,02	-	-	0,01
Vård dagar i sluten psykiatrisk vård*	0,14	0,18	0,25	-	-	0,18
Vård dagar i sluten barn- och ungdoms-psykiatrisk vård	0,07	0,12	0,14	-	-	0,02
Sjukvårdande behandlingar**	3,1	3,0	2,9	-	-	2,5
Antal tandvårdsbesök under året inkl. specialist-tandvård	1,6	1,2	1,0	-	-	0,9

*Avser samtliga asylsökanden dvs. både barn och vuxna.

**Avser annan personalkategori än läkare, samtliga verksamhetsområden exkl. tandvård.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Les données proviennent de l'association des communes et des régions, Sveriges kommuner och regioner, les régions étant chargées de l'organisation des soins en Suède.

De haut en bas, on lit : Nombre de visites médicales en soins primaires, Nombre de visites médicales en soins spécialisés en ambulatoire, Nombre d'hospitalisations en soins somatiques, Nombre de jours d'hospitalisation, Nombre d'hospitalisations en soins psychiatriques, Nombre de jours d'hospitalisation en soins psychiatriques, Nombres de jours d'internement en soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents, Prises en charge paramédicales diverses (par exemple kinésithérapies, traitement des plaies complexes par un professionnel infirmier, etc.), Nombre de consultations dentaires, y compris spécialisées.

[Tableau 4. Comparaison de la consommation de soins entre les demandeurs d'asile \(colonne à gauche\) et les autres résidents sur le territoire suédois \(à droite\), par demandeur d'asile et par résident, en 2021⁵⁶.](#)

Tabell 4. Jämförelse vårdkonsumtion år 2021

Antal

Läkarbesök/vård dagar	per asylsökande	per bosatta
Läkarbesök i primärvård	0,8	1,1
Läkarbesök i öppen specialistvård	0,7	1,2
Vård dagar somatisk vård	0,44	0,52
Vårdtillfällen somatisk vård	0,09	0,12
Vård dagar psykiatrisk vård	0,18	0,15
Vård dagar barn- och ungdomspsykiatrisk vård	0,02	0,01

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner och Socialstyrelsen.

Les données proviennent de l'association des communes et des régions, Sveriges kommuner och regioner, les régions étant chargées de l'organisation des soins en Suède.

De haut en bas, on lit : Nombre de visites médicales en soins primaires, Nombre de visites médicales en soins spécialisés en ambulatoire, Nombre d'hospitalisations en soins somatiques, Nombre de jours d'hospitalisation, Nombre d'hospitalisations en soins psychiatriques, Nombre de jours d'hospitalisation en soins psychiatriques, Nombres de jours d'internement en soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents.

Le coût moyen en 2021 des soins de santé et des soins dentaires des demandeurs d'asile s'élevait à environ 21 600 SEK. Le coût correspondant pour les résidents en 2021 était d'environ 26 100 couronnes.

[Tableau 5. Dépenses et recettes des régions pour le soin des demandeurs d'asile \(asylsjukvård\), en millions de couronnes, de 2016 à 2021⁵⁷](#)

⁵⁵<https://skr.se/download/18.6a40047a185e2f0179f1c1af/1674806062982/Halso-och-sjukvard-asylsokande-2019-2021.pdf>

⁵⁶Ibid.



Suède :

Tabell 6. Kostnader och intäkter, inklusive hälsoundersökningar och kostnader för krävande vård

Miljoner kronor och tusentals kronor

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kostnader, mnkr	3 027	1 894	1 241	860	672	525
Intäkter, mnkr	2 942	1 877	1 325	958	758	560
Netto, mnkr	-85	-17	85	98	86	35
Kostnader, genomsnitt tkr	20,4	21,2	20,9	19,9	19,9	21,6
Intäkter, genomsnitt tkr	19,8	21,0	22,3	22,2	22,4	23,0
Netto, genomsnitt tkr	-0,6	-0,2	1,4	2,3	2,5	1,4

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Les données proviennent de l'association des communes et des régions, Sveriges kommuner och regioner, les régions étant chargées de l'organisation des soins en Suède.

De haut en bas, on lit : dépenses en millions de couronnes, recettes en millions de couronnes, net en millions de couronnes, dépenses en milliers de couronnes, recettes en milliers de couronnes, net en millier de couronnes,

ANNEXE 4**TROIS QUESTIONS À... Amir Ansari, cycliste de haut niveau en Suède, membre de l'équipe des réfugiés du Comité International Olympique****1. Quel a été votre parcours de migration ?**

Je viens d'une région rurale et montagneuse d'Afghanistan, que j'ai dû fuir suite à plusieurs raids meurtriers contre mon ethnie, les Hazaras, une minorité qui figure parmi les cibles principales des Talibans. J'ai risqué ma vie pour venir en Europe, en traversant la Turquie, puis la Méditerranée sur une embarcation de fortune. Mon point de chute a été la Suède, un peu par hasard. J'avais alors 16 ans et suite à ces traumatismes ma santé mentale était très fragile. Durant les premiers mois en Suède, je souffrais de grosses dépressions.

2. Quelles ont été les modalités de votre intégration en Suède ? A quels obstacles avez-vous été confrontés? Comment les avez-vous surmontés ?

Etant déjà cycliste en Afghanistan, je suis rentré en contact avec le club de Stockholm, qui m'a accueilli à bras ouverts. Cela a été l'élément déclencheur et central de mon intégration en Suède. Un couple de membres du club est même devenu ma famille d'accueil, ce qui m'a permis de quitter les centres d'accueil pour demandeurs d'asile. J'ai rejoint le cursus scolaire suédois, dans une filière scientifique d'un lycée à Tierp (Uppland). Ce fut une réelle difficulté de retrouver une scolarité « normale » dans un système différent, avec une nouvelle langue à apprendre. Parallèlement, j'ai intégré l'équipe élite du club de Stockholm, qui m'a emmené à des stages et compétitions dans toute la Suède. Au-delà de l'aspect sportif, le club est devenu une nouvelle famille, le facteur clef de mon intégration en Suède : apprentissage accéléré de la langue, socialisation et développement d'un réseau, découverte du pays et de sa culture.

Au contact du sport, un environnement sain avec des valeurs fortes, ma santé mentale s'est améliorée. Mais je restais vulnérable dans l'attente interminable de la régularisation de ma situation de demandeur d'asile. Pendant près de 8 ans, j'ai vécu un enfer administratif, avec plusieurs refus de titre de séjour. Je ne comprenais pas que mon intégration réussie n'était jamais prise en compte, tout comme le statut des Hazaras, plus que jamais persécutés par les Talibans de retour au pouvoir. Après avoir réussi mon bac scientifique, j'étais ainsi dans l'impossibilité administrative d'entamer des études supérieures, ou même de travailler. Ce fut un moment difficile, j'étais dans une sorte de limbe administrative, alors que mes bons résultats scolaires devaient m'ouvrir les portes d'études supérieures.

Là encore j'ai pu compter sur le soutien du club de cyclisme de Stockholm, y compris financier, car je n'ai plus perçu la moindre allocation depuis que j'ai quitté le centre d'accueil pour demander l'asile, quelques mois après mon arrivée en Suède. Je me suis focalisé sur ma carrière sportive. Le cyclisme fut une échappatoire salvatrice.

3. Quels sont désormais vos projets, professionnels et sportifs ?⁵⁷Ibid.



Suède :

A l'automne 2022, j'ai finalement obtenu la reconnaissance de mon statut de réfugié, et un permis de séjour de deux ans. Toutes les portes se sont enfin ouvertes. J'ai aussitôt commencé à travailler en tant qu'assistant scolaire auprès d'élèves handicapés. J'ai enfin pu voyager en Europe pour participer à des compétitions internationales, dont des championnats du monde en Ecosse puis en Italie. Les résultats acquis m'ont permis de rejoindre l'équipe des réfugiés du Comité International Olympique, avec laquelle j'espère disputer les Jeux Olympiques de Paris. Enfin, j'ai pu commencer des études supérieures à l'Université d'Uppsala (ingénieur en construction).



Suisse :

■ **Précisions opportunes par rapport aux informations retranscrites dans le rapport de 2019 concernant notamment : D'éventuelles évolutions des dispositions législatives et/ou réglementaires concernant l'accès aux soins de santé des étrangers en situation irrégulière ; Les dernières données disponibles concernant le nombre de bénéficiaires, leur consommation de soins (volume et typologies de soins), coûts supportés par le système de santé au niveau national et/ou local...)**

Il n'y a pas eu d'actualisation au niveau législatif national. L'article 12 de la Constitution fédérale s'applique : il stipule qu'en Suisse, toute personne qui est dans une situation de détresse, peut obtenir de l'aide notamment des soins médicaux indispensables à sa survie, quel que soit son statut. Chaque canton est libre de définir la liste des soins couverts par l'application de l'article 12. L'Office Fédérale de la Santé a rappelé aux cantons leur responsabilité à veiller à l'obligation d'assurance et d'accès aux soins de base pour tous ses résidents, y compris les sans-papiers. En effet, l'obligation d'être assuré auprès d'une caisse-maladie pour chaque résident est nationale mais l'obligation de contrôle est déléguée aux cantons (qui sont chacun des « Etats souverains » en la matière). Dans les faits, ils délèguent ce contrôle aux communes : tout résident doit s'inscrire dans sa commune dès son arrivée et chaque commune a ainsi une liste précise de l'ensemble de ses habitants.

Du point de vue juridique, les sans-papiers ont donc, au même titre que toutes les personnes domiciliées en Suisse, l'obligation de contracter une assurance-maladie.

Pour ce qui est des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger qui ne bénéficient pas d'une autorisation de séjour (personnes relevant de l'asile), elles sont également soumises à l'obligation de s'assurer prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et le canton se charge de leur affiliation. Pour les personnes relevant de l'asile qui reçoivent de l'aide sociale, la Confédération rembourse aux cantons les coûts des soins de santé sous forme forfaitaire.

Une compagnie d'assurance-maladie ne peut pas refuser une personne au motif de son illégalité sur le territoire : la personne doit simplement payer le montant de la prime comme tout assuré (entre 300 et 700€ par mois) et éventuellement demander une aide cantonale pour y parvenir, aide généralement réservée aux habitants fiscalement résidents.

Tous les établissements de soins et tous les médecins de Suisse sont tenus de prodiguer une assistance en cas d'urgence. Lors des situations d'urgence, la prise en charge des soins pour un non-assuré est effectuée soit par le canton, soit par la commune, soit par le service social de l'hôpital, soit par 2 ou 3 des protagonistes selon une clé de répartition propre à chaque canton et à chaque situation.

Pour des raisons de protection des données, les hôpitaux, assurances, services sociaux, gouvernements cantonaux et autres institutions n'ont pas le droit de communiquer les données personnelles des sans-papiers aux autorités et services officiels chargés des questions de migration. Cependant, le centre de soins qui souhaite obtenir un paiement pour les soins prodigués à un sans-papier se tourne vers les autorités cantonales pour demander le paiement, ce qui de fait signale le cas aux autorités.

En conclusion, toute personne qui réside en Suisse, quel que soit son lieu de résidence et son statut d'assuré ou pas, a le droit à un service d'aide en cas d'urgence dans le cadre de l'article 12 qu'il revient aux cantons de mettre en œuvre librement, en fixant les minima de ce qui est couvert.

Pour le cas des requérants d'asile, la Confédération ne dispose pas de données sur les dépenses de santé effectivement occasionnées mais on sait toutefois que les subventions fédérales versées pour les dépenses de santé prises en charge par les cantons en faveur des requérants d'asile et des personnes admises à titre provisoire ont avoisiné CHF 117 mio. en 2017 et CHF 82.4 mio. en 2018. Ces sommes ont été utilisées



Suisse :

principalement pour acquitter les primes d'assurance-maladie et la participation aux coûts (franchise et quote-part); ils font partie des forfaits globaux que la Confédération verse aux cantons.

La législation nationale stipule une obligation de prise en charge des soins médicaux pour les seuls demandeurs d'asile qui relèvent alors de la responsabilité cantonale ou/et communale, selon une répartition des coûts définie dans chaque canton. Pour les sans-papiers, aucune disposition nationale n'est prévue en dehors de l'article 12 (cf ci-dessus). Un canton ou une commune aurait toute marge de manœuvre pour mettre en place une politique de prise en charge plus large. Dans les faits, aucun canton n'a ouvert de possibilité de prise en charge systématique mais dans certains cantons, l'obligation définie à l'article 12 est plus étendue, les hôpitaux publics ayant le devoir d'assurer une prise en charge médicale de base aux personnes sans statut légal, y compris dans certaines situations qui ne revêtent pas un caractère d'urgence.

Les cantons et les communes peuvent fournir des dotations financières aux associations (MSF par exemple) qui disposent de centres médicaux pour un accès aux soins des populations fragiles. Dans les grandes villes, ce sont les hôpitaux universitaires, dotés de fonds d'aide sociale plus conséquents, qui peuvent prendre en charge au coup par coup les soins en complément des cantons/communes.

Au niveau local, dans le canton de Vaud, 2 hôpitaux publics ont créé une "Commission des populations sociales" composée de 19 personnes de différents corps de métiers représentés au sein de l'institution (médecins, juristes, administrateurs des services sociaux, éthiciens, service financier). Pour pallier l'absence d'un modèle de référence en Suisse, l'institution a décidé de se positionner en "centre d'expertise" pour formaliser des procédures dans les situations où l'état de santé d'étrangers en situation irrégulière nécessiterait une hospitalisation. Ainsi, lorsque l'hôpital se trouve en présence d'un étranger en situation irrégulière, sans assurance maladie et gravement malade, son cas est signalé à la Commission par courrier électronique. Elle dispose alors de 48 heures pour décider si le patient sera pris en charge ou non. En cas de refus, c'est le canton qui est tenu d'appliquer l'article 12.

■ **La question de l'accès aux soins de santé des étrangers en situation irrégulière fait-elle actuellement l'objet de débat dans le pays et/ou de projets de modifications susceptibles d'être prochainement adoptés (si oui présenter ce qui est connu/envisagé à date)**

Le sujet ne fait l'objet d'aucun débat en Suisse. Le sujet principal, qui a été un des sujets centraux des élections fédérales du mois dernier, est le sujet des coûts de la santé. Devant la hausse du montant des primes mensuelles pour les assurés, de nombreux habitants ont des difficultés à payer leur assurance et à se soigner en raison de la franchise. Les aides demandées aux cantons pour aider à payer les primes ont fortement augmenté. Dans ce contexte, l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière n'est pas un sujet pour l'opinion publique. Le débat sur une prise en charge gratuite de personnes en situation irrégulière est donc totalement absent, voire impensable.

■ **Point particulier : Cas spécifique des ressortissants géorgiens déposant des demandes d'asile pour des motifs d'ordre médical**

Suite à la libéralisation de l'obligation de visa dans l'espace Schengen en 2017, la Suisse, à l'instar d'autres pays européens, a été confrontée à une hausse des demandeurs d'asile en provenance de Géorgie.

Alors que le nombre annuel de demandes d'asile déposées par les ressortissants géorgiens affichait une certaine stabilité jusqu'en 2016 (entre 400 et 460 demandes par année), il s'est brusquement accru en 2017 et s'est depuis maintenu à un niveau élevé s'il est fait abstraction de la période liée à la crise de la COVID.



La venue de ces personnes est motivée non pas par un besoin de protection mais essentiellement par le désir de bénéficier de meilleurs traitements médicaux. La plupart des pathologies dont souffrent ces personnes nécessitent la mise en place rapide de traitements médicaux onéreux et complexes, lesquels retardent ou rendent difficile l'exécution d'un renvoi dans le pays d'origine.



Suisse :

Au vu de la situation politique intérieure en Géorgie, le Conseil fédéral a, par décision du 28 août 2019, désigné ce pays à partir du 1^{er} octobre 2019 comme un Etat exempt de persécutions au sens de l'art. 6a, al. 2, let. a, LAsi. Dès lors, le SEM rejette les demandes d'asile déposées par des ressortissants de la Géorgie, à moins que des indices de persécution n'apparaissent en cours d'audition. De même, ce pays est considéré comme un Etat vers lequel le retour est en principe exigible (art. 83 al. 5 LEI). Cette présomption peut être renversée par le requérant. Cela étant, cette présomption ne dispense pas les autorités compétentes en matière d'asile d'examiner minutieusement les obstacles à l'exécution du renvoi.

La quasi-totalité des demandes d'asile aboutissent donc à des décisions de refus mais une proportion des personnes concernées est mise au bénéfice d'une admission provisoire au motif que leur renvoi en Géorgie ne peut être exigé (notamment parce que le traitement de pointe suivi en Suisse n'est pas disponible dans le pays d'origine). Ces admissions, dictées le plus souvent par l'état de santé d'une personne, s'étendent à d'autres membres de la famille nucléaire.

CONDITIONS D'ACCES ET DE PRISE EN CHARGE DES SOINS EN FRANCE

- Pour les personnes accédant au dispositif des soins urgents, à l'aide médicale de l'Etat et à la protection universelle maladie

Couverture maladie	Soins urgents	<u>AME</u>	PUMa	SUISSE : Situation en vigueur concernant l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière
Conditions d'accès	Ne bénéficier aucune couverture particulière (AME ou PUMa)	Résider en France en situation irrégulière au regard du droit au séjour Avoir des ressources inférieures à un plafond fixé par voie réglementaire (809,90€ par mois pour une personne seule depuis le 1/04/23)	Régime de droit commun pour les assurés sociaux français Pour les étrangers en situation régulière, résider au moins 6 mois dans l'année ou travailler en France depuis 6 mois, disposer d'un titre de séjour figurant dans l'arrêté du 10 mai 2017	Il est estimé que 90% des sans-papiers ne bénéficie d'aucune couverture. En cas d'urgence, l'aide sociale cantonale prend en charge les soins de nécessité absolue en application de l'article 12. Certains cantons ont choisi de couvrir plus largement que les seules urgences. Sinon, recours aux structures caritatives (Médecins du Monde) Observations : La loi stipule que toute personne séjournant plus de 3 mois en Suisse doit s'assurer auprès d'une caisse maladie (coût de 300 à 700 € mensuels). Le marché des caisses-maladies est ouvert et concurrentiel, avec une franchise (de 300 à 2500 € selon l'offre choisie). Ensuite, une quote-part de 10% à charge du patient s'applique (franchise annuelle de 700 €).
Délai de carence	Aucun	3 mois de présence irrégulière sur le territoire pour les soins de droit commun (sauf les mineurs) 9 mois de bénéfice de	3 mois (L'assuré peut demander l'ouverture de ses droits dès 3 mois de résidence en France)	Les droits sont ouverts si la personne quel que soit son statut (suisse, étranger de passage souhaitant s'assurer, clandestin ou pas) paie ses primes auprès d'une assurance-maladie.



		<p>l'AME pour un certain nombre de soins fixés par voie réglementaire (sauf pour les mineurs)</p> <p>Possibilité de déroger au délai de carence de 9 mois sur accord préalable du service médical de l'assurance maladie</p>		<p>Sinon, aucun droit.</p> <p>Les demandeurs d'asile sont une catégorie à part, assurée par l'aide sociale cantonale dans le cadre de l'obligation d'assistance en vertu de la loi sur l'asile.</p> <p>Observation : Le recours à une prestation médicale sans affiliation à une assurance-maladie entraîne directement un signalement aux autorités par le prestataire (qui veut se faire payer). Le risque d'expulsion impliqué constitue un motif de renoncement aux soins.</p>
Panier de soins	<p>Soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de votre état de santé ou de celui d'un enfant à naître.</p> <p>Soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité</p> <p>Soins dispensés à une femme enceinte et à un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement.</p> <p>Interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical)</p>	<p>Exclusion du panier de soins des assurés des médicaments princeps, des médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 %), des actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et des cures thermales ;</p> <p>L'accès aux prestations programmées qui ne présentent pas un caractère d'urgence telles que fixées par l'article R. 251-3 du CASF est conditionné à un délai d'ancienneté de 9 mois (ou à un accord préalable si nécessaires pendant le délai de carence)</p>	<p>Même panier de soins pour les étrangers en situation régulière que celui des assurés sociaux de nationalité française</p>	<p>De façon générale, pas d'accès à une couverture maladie sans paiement d'une prime d'assurance maladie, donc pas de définition de panier de soins pour les non-cotisants.</p> <p>En cas d'urgence, les cantons prennent en charge les soins (article 12), avec selon les cas une répartition des coûts avec les communes et parfois le fonds social de l'hôpital.</p> <p>Selon leurs moyens et leurs propres règles internes, certains hôpitaux prennent en charge plus largement certains soins de santé aux personnes sans assurance. Certains cantons ont choisi de prendre en charge plus de cas que les urgences.</p> <p>Observation : L'accès à certains soins particuliers (dialyse, greffe, traitement du cancer par exemple) fait-il l'objet d'une procédure ou de restrictions particulières ?</p> <p>➔ Seuls les soins urgents et imprévus sont pris en charge par l'aide sociale cantonale.</p>
Conditions de prise en charge financière	<p>Prise en charge de l'intégralité des soins couverts par le dispositif pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la</p>	<p>Prise en charge de l'intégralité des soins du panier de soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.</p> <p>Dispense totale d'avance des frais pour ces soins</p> <p>Pas de protection contre les dépassements</p>	<p><u>Pour les assurés bénéficiaires de la C2S</u> (même plafond de ressources que l'AME) :</p> <p>Prise en charge de l'intégralité des soins prodigués dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.</p> <p>Dispense totale d'avance</p>	<p>Les personnes légales en Suisse et aux revenus faibles peuvent demander à leur canton un soutien pour payer leur prime d'assurance santé. La plupart des cantons réserve ce soutien aux résidents fiscalement enregistrés dans le canton.</p> <p>Pour les sans-papiers, même pour</p>



Suisse :

	<p>sécurité sociale. Dispense totale d'avance des frais</p>	<p>d'honoraires</p> <p>Pour les prestations relevant du 100% Santé, prise en charge dans la limite des tarifs de la sécurité</p> <p>Pour les étrangers en situation irrégulières dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources, 100% des coûts à prendre en charge par les intéressés</p>	<p>des frais pour ces soins</p> <p>Protection contre les dépassements d'honoraires</p> <p>Accès au panier de soins optiques, dentaires et audio prévu du 100% Santé (forfaits de prise en charge au-delà des tarifs de la sécurité sociale)</p> <p><u>Pour les assurés dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources,</u> régime de droits commun, prise en charge dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, paiement du ticket modérateur.</p> <p>Possibilité d'accéder à une complémentaire santé privée (individuelle ou collective si salarié)</p>	<p>les urgences, il est demandé en premier lieu qu'ils paient eux-mêmes leurs soins. En cas d'impossibilité, la structure de soins se tourne vers l'aide sociale cantonale (article 12).</p>
--	---	---	--	--

Annexe n° 6 : Amendement du Sénat

Projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration

Texte adopté par le Sénat le 14 novembre 2023

Article 1er I (nouveau)

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° A Au 3° de l'article L. 111-2, au 2° de l'article L. 121-7, au second alinéa de l'article L. 132-1 et au troisième alinéa de l'article L. 264-2, les mots : « de l'État » sont remplacés par les mots : « d'urgence » ;

1° Le chapitre Ier du titre V du livre II est ainsi rédigé :

« CHAPITRE IER

« Aide médicale d'urgence

« Art. L. 251-1. – Tout étranger résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du même code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge, à l'aide médicale d'urgence, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge, d'un droit annuel dont le montant est fixé par décret.

« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale d'urgence dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du présent code. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées au même article L. 251-2 peut être partielle.

« De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale d'urgence, dans des conditions définies par décret.

« Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent chapitre par les organismes d'assurance maladie, son coût ainsi que les données générales recueillies en matière de santé publique.

« Art. L. 251-2. – I. – La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :

« 1° La prophylaxie et le traitement des maladies graves et les soins urgents 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 ;

« 2° Les soins liés à la grossesse et ses suites ;

« 3° Les vaccinations réglementaires ;

« 4° Les examens de médecine préventive.

« II. – La prise en charge est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 du présent code d'un médicament générique, sauf :

« 1° Dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Lorsqu'il existe des médicaments génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;

« 3° Dans le cas prévu au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

« Art. L. 251-3. – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le chapitre II du même titre V est ainsi modifié :

a) À l'article L. 252-1, à la première phrase du premier alinéa et au quatrième alinéa, la première occurrence des mots : « de l'État » est remplacée par les mots : « d'urgence » et, au troisième alinéa, la seconde occurrence des mots : « de l'État » est remplacée par les mots : « d'urgence » ;

b) À l'article L. 252-2, les mots : « de l'État » sont remplacés par les mots : « d'urgence » ;

c) Au premier alinéa de l'article L. 252-3, la première occurrence des mots : « de l'État » est remplacée par les mots : « d'urgence » ;

3° À la première et à la seconde phrases de l'article L. 253-1, les mots : « de l'État » sont remplacés par les mots : « d'urgence » ;

4° À l'article L. 254-1, les mots : « de l'État » sont remplacés par les mots : « d'urgence ».

I bis. – Au 1° du I et au premier alinéa du III de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'au 3° du III de l'article L. 162-20-1 et à l'article L. 174-20 du même code, les mots : « de l'État » sont remplacés par les mots : « d'urgence ».

II. – Le présent article entre en vigueur le 1er juin 2024.

Annexe n° 7 : Statistiques 2015-2023 des étrangers en France

Asile

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total des demandes d'asile formulées en GUDA	n.d.			137 849	151 283	93 264	121 368	155 773
Premières demandes d'asile formulées en GUDA	n.d.			126 671	138 420	81 531	104 381	136 724
Demandes d'asile introduites à l'OFPRA	80 075	85 726	100 755	123 625	132 826	96 424	103 164	131 254
Premières demandes introduites à l'OFPRA	74 468	78 371	93 230	114 226	123 682	87 514	89 256	115 091
Décisions Ofpra	80 014	89 919	115 094	122 000	120 634	89 774	139 810	134 513
dont accords (en valeur)	n.d.**				32 144	20 866	35 919	38 885
(en %)	22,8%	28,4%	26,8%	26,3%	26,6%	23,2%	25,7%	28,9%
dont rejets (en valeur)	n.d.				86 548	66 995	102 849	94 133
(en %)	76,7%	70,3%	71,8%	72,5%	71,7%	74,6%	73,6%	70,0%
Annulations CNDA*	5 387	6 517	8 006	8 717	13 980	10 254	15 112	14 457

Source : SI-Asile / OFPRA / CNDA

Perte du droit au séjour

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	3° T 2023
Nombre total de retraits	2 137	3 858	5 507	6 236	7 998	5 665	5 768	6 423	4 137
dont naturalisations	1 149	2 520	4 038	4 356	5 558	3 845	3 926	4 448	2 529
dont départ volontaire	89	96	114	116	117	69	50	147	68
dont décès	64	421	477	564	755	645	701	536	322
Nombre de refus de demandes de séjour	32 204	34 920	40 311	44 260	47 424	42 254	42 929	43 696	35 742
Primo-demandes	25 375	27 477	31 556	33 825	37 065	32 431	31 170	31 744	25 829
Renouvellements	6 366	6 958	8 236	9 826	9 803	9 309	10 764	11 292	9 518
Modifications	63	485	519	609	556	514	995	660	395

Source : AGDREF / DSED

Éloignements et départs d'étrangers en situation irrégulière

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	S1 2023
Eloignements forcés (A)	15 485	12 961	14 270	15 677	18 906	9 111	10 091	11 410	5 829
Eloignements aidés (B)	1 118	841	1 078	2 070	2 752	1 658	1 570	2 102	1 311
Eloignements spontanés (C)	3 388	2 687	2 219	2 210	2 088	1 615	1 742	1 888	1 103
Total éloignements (forcés/aidés/spontanés)	19 991	16 489	17 567	19 957	23 746	12 384	13 403	15 400	8 243

Mission sur l'aide médicale de l'Etat

Départs volontaires aidés (D)	3 093	2 627	3 778	4 775	2 515	930	1 415	1 263	1 011
Départs spontanés (E)	6 512	5 591	5 438	5 544	5 143	2 635	2 001	2 766	1 828
Total sorties du territoire (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	29 596	24 707	26 783	30 276	31 404	15 949	16 819	19 429	11 082

Sources : DCPAF / DSED

Annexe n° 8 : Évolutions départementales 2015-2023 des bénéficiaires de l'AME

Données considérées comme définitives	Bénéficiaires affiliés à l'AME au 31/12/2015				Bénéficiaires affiliés à l'AME au 30/06/2023				Évolutions entre le 31/12/2015 et le 31/06/2023			
	Assurés	Ayants droit	dont : ayants droit mineurs	Total	Assurés	Ayants droit	dont : ayants droit mineurs	Total	Assurés	Ayants droit	dont : ayants droit mineurs	total
75 Paris	46 628	8 331	5 828	54 959	52 012	9 875	7 282	61 887	12 %	19 %	25 %	13 %
93 Seine-Saint-Denis	44 139	9 587	6 731	53 726	41 134	13 279	10 171	54 413	-7 %	39 %	51 %	1 %
973 Guyane	9 589	7 730	7 565	17 319	20 955	18 859	18 471	39 814	119 %	144 %	144 %	130 %
94 Val-de-Marne	15 039	4 597	3 022	19 636	17 728	5 993	4 445	23 721	18 %	30 %	47 %	21 %
13 Bouches-du-Rhône	9 837	3 488	2 572	13 325	14 774	4 987	3 948	19 761	50 %	43 %	53 %	48 %
95 Val-d'Oise	8 838	1 897	1 340	10 735	14 005	5 090	3 775	19 095	58 %	168 %	182 %	78 %
91 Essonne	10 373	2 897	2 153	13 270	12 541	4 972	3 694	17 513	21 %	72 %	72 %	32 %
69 Rhône	5 282	2 022	1 476	7 304	10 326	4 429	3 204	14 755	95 %	119 %	117 %	102 %
92 Hauts-de-Seine	11 652	2 706	1 829	14 358	10 795	3 580	2 613	14 375	-7 %	32 %	43 %	0 %
77 Seine-et-Marne	6 276	1 811	1 367	8 087	8 840	3 518	2 838	12 358	41 %	94 %	108 %	53 %
78 Yvelines	6 535	1 018	761	7 553	7 460	2 226	1 736	9 686	14 %	119 %	128 %	28 %
06 Alpes-Maritimes	4 989	1 453	989	6 442	6 488	2 128	1 547	8 616	30 %	46 %	56 %	34 %
59 Nord	3 316	2 319	1 740	5 635	6 190	2 351	1 828	8 541	87 %	1 %	5 %	52 %
31 Haute-Garonne	3 383	1 336	988	4 719	5 161	1 691	1 364	6 852	53 %	27 %	38 %	45 %
33 Gironde	3 272	921	640	4 193	4 567	1 830	1 311	6 397	40 %	99 %	105 %	53 %
67 Bas-Rhin	2 216	1 324	902	3 540	3 880	2 236	1 587	6 116	75 %	69 %	76 %	73 %
44 Loire-Atlantique	2 306	807	595	3 113	3 954	1 370	1 105	5 324	71 %	70 %	86 %	71 %
34 Hérault	3 004	1 113	794	4 117	3 858	1 370	1 067	5 228	28 %	23 %	34 %	27 %
971 Guadeloupe	2 121	1 200	1 071	3 321	3 334	1 714	1 510	5 048	57 %	43 %	41 %	52 %
76 Seine-Maritime	1 940	672	516	2 612	3 523	1 486	1 140	5 009	82 %	121 %	121 %	92 %
57 Moselle	1 644	1 676	1 133	3 320	2 829	2 164	1 550	4 993	72 %	29 %	37 %	50 %
42 Loire	1 392	861	627	2 253	2 765	2 076	1 479	4 841	99 %	141 %	136 %	115 %
38 Isère	1 938	1 181	893	3 119	3 324	1 399	1 022	4 723	72 %	18 %	14 %	51 %
35 Ille-et-Vilaine	1 604	789	642	2 393	2 932	1 620	1 171	4 552	83 %	105 %	82 %	90 %
60 Oise	1 054	500	374	1 554	2 363	1 092	869	3 455	124 %	118 %	132 %	122 %
54 Meurthe-et-Me.	1 122	970	625	2 092	1 570	1 110	781	2 680	40 %	14 %	25 %	28 %
83 Var	1 464	342	265	1 806	2 102	535	412	2 637	44 %	56 %	55 %	46 %
45 Loiret	1 395	444	342	1 839	1 936	629	488	2 565	39 %	42 %	43 %	39 %
51 Marne	745	336	246	1 081	1 493	867	678	2 360	100 %	158 %	176 %	118 %
37 Indre-et-Loire	932	460	346	1 392	1 664	602	457	2 266	79 %	31 %	32 %	63 %
68 Haut-Rhin	1 393	785	535	2 178	1 452	766	531	2 218	4 %	-2 %	-1 %	2 %

Mission sur l'aide médicale de l'Etat

74 Haute-Savoie	1 054	732	515	1 786	1 401	816	560	2 217	33 %	11 %	9 %	24 %
63 Puy-de-Dôme	777	540	380	1 317	1 367	842	607	2 209	76 %	56 %	60 %	68 %
14 Calvados	618	227	177	845	1 330	748	560	2 078	115 %	230 %	216 %	146 %
30 Gard	990	460	351	1 450	1 466	587	464	2 053	48 %	28 %	32 %	42 %
72 Sarthe	888	334	290	1 222	1 476	504	414	1 980	66 %	51 %	43 %	62 %
84 Vaucluse	908	262	197	1 170	1 452	471	386	1 923	60 %	80 %	96 %	64 %
26 Drôme	648	410	281	1 058	1 128	581	398	1 709	74 %	42 %	42 %	62 %
29 Finistère	379	87	73	466	1 197	431	314	1 628	216 %	395 %	330 %	249 %
49 Maine-et-Loire	702	311	226	1 013	1 161	426	340	1 587	65 %	37 %	50 %	57 %
21 Côte-d'Or	727	385	279	1 112	1 046	497	355	1 543	44 %	29 %	27 %	39 %
62 Pas-de-Calais	722	235	181	957	1 143	395	309	1 538	58 %	68 %	71 %	61 %
71 Saône-et-Loire	364	348	259	712	774	632	477	1 406	113 %	82 %	84 %	97 %
01 Ain	593	423	286	1 016	824	579	382	1 403	39 %	37 %	34 %	38 %
02 Aisne	314	153	123	467	887	421	324	1 308	182 %	175 %	163 %	180 %
86 Vienne	685	367	257	1 052	903	377	270	1 280	32 %	3 %	5 %	22 %
56 Morbihan	431	160	119	591	868	357	262	1 225	101 %	123 %	120 %	107 %
22 Côtes-d'Armor	368	134	102	502	808	386	296	1 194	120 %	188 %	190 %	138 %
80 Somme	506	242	188	748	796	397	330	1 193	57 %	64 %	76 %	59 %
27 Eure	714	227	188	941	896	284	236	1 180	25 %	25 %	26 %	25 %
66 Pyr.-Orientales	379	220	147	599	901	254	203	1 155	138 %	15 %	38 %	93 %
10 Aube	541	237	170	778	683	407	328	1 090	26 %	72 %	93 %	40 %
87 Haute-Vienne	928	312	226	1 240	808	254	178	1 062	-13 %	-19 %	-21 %	-14 %
25 Doubs	737	398	264	1 135	711	319	236	1 030	-4 %	-20 %	-11 %	-9 %
28 Eure-et-Loire	593	199	157	792	723	291	235	1 014	22 %	46 %	50 %	28 %
64 Pyr.-Atlantiques	324	138	99	462	801	202	157	1 003	147 %	46 %	59 %	117 %
73 Savoie	401	224	158	625	636	318	211	954	59 %	42 %	34 %	53 %
41 Loir-et-Cher	325	189	141	514	599	351	278	950	84 %	86 %	97 %	85 %
974 Réunion	313	26	24	339	760	158	147	918	143 %	508 %	513 %	171 %
16 Charente	377	109	78	486	627	271	208	898	66 %	149 %	167 %	85 %
53 Mayenne	312	147	121	459	603	216	212	819	93 %	47 %	75 %	78 %
82 Tarn-et-Garonne	421	170	125	591	565	252	182	817	34 %	48 %	46 %	38 %
89 Yonne	326	125	88	451	570	239	183	809	75 %	91 %	108 %	79 %
88 Vosges	190	172	118	362	337	451	318	788	77 %	162 %	169 %	118 %
17 Charente-Maritime	317	151	99	468	540	232	173	772	70 %	54 %	75 %	65 %
11 Aude	249	113	82	362	513	204	160	717	106 %	81 %	95 %	98 %
18 Cher	305	146	98	451	432	284	203	716	42 %	95 %	107 %	59 %
47 Lot-et-Garonne	211	87	63	298	506	204	139	710	140 %	134 %	121 %	138 %
79 Deux-Sèvres	205	93	67	298	475	180	136	655	132 %	94 %	103 %	120 %

Mission sur l'aide médicale de l'Etat

03 Allier	186	106	71	292	361	241	177	602	94 %	127 %	149 %	106 %
07 Ardèche	248	236	159	484	339	225	161	564	37 %	-5 %	1 %	17 %
85 Vendée	225	114	86	339	372	182	146	554	65 %	60 %	70 %	63 %
81 Tarn	336	160	121	496	407	134	103	541	21 %	-16 %	-15 %	9 %
12 Aveyron	171	111	83	282	369	125	99	494	116 %	13 %	19 %	75 %
36 Indre	129	70	44	199	279	159	113	438	116 %	127 %	157 %	120 %
24 Dordogne	221	104	71	325	321	109	74	430	45 %	5 %	4 %	32 %
65 Hautes-Pyrénées	159	137	98	296	224	204	148	428	41 %	49 %	51 %	45 %
972 Martinique	87	15	15	102	302	107	91	409	247 %	613 %	507 %	301 %
19 Corrèze	89	25	17	114	372	36	24	408	318 %	44 %	41 %	258 %
58 Nièvre	150	55	34	205	244	146	98	390	63 %	165 %	188 %	90 %
09 Ariège	86	48	35	134	205	138	107	343	138 %	188 %	206 %	156 %
39 Jura	190	162	104	352	204	118	88	322	7 %	-27 %	-15 %	-9 %
61 Orne	109	38	30	147	211	109	75	320	94 %	187 %	150 %	118 %
05 Hautes-Alpes	65	24	19	89	219	94	77	313	237 %	292 %	305 %	252 %
50 Manche	157	40	25	197	227	78	62	305	45 %	95 %	148 %	55 %
40 Landes	152	56	40	208	208	96	72	304	37 %	71 %	80 %	46 %
90 Territoire-de-B.	139	89	62	228	179	120	92	299	29 %	35 %	48 %	31 %
04 Alpes-de-Hts-Prv.	144	80	59	224	158	83	59	241	10 %	4 %	0 %	8 %
2B Haute-Corse	52	11	7	63	177	56	41	233	240 %	409 %	486 %	270 %
52 Haute-Marne	96	72	52	168	156	64	50	220	63 %	-11 %	-4 %	31 %
08 Ardennes	160	126	85	286	144	72	61	216	-10 %	-43 %	-28 %	-24 %
46 Lot	66	31	20	97	171	40	33	211	159 %	29 %	65 %	118 %
43 Haute-Loire	62	69	50	131	123	83	51	206	98 %	20 %	2 %	57 %
55 Meuse	105	124	82	229	107	92	70	199	2 %	-26 %	-15 %	-13 %
32 Gers	75	35	28	110	136	47	36	183	81 %	34 %	29 %	66 %
15 Cantal	33	26	16	59	73	40	28	113	121 %	54 %	75 %	92 %
23 Creuse	19	8	6	27	78	33	29	111	311 %	313 %	383 %	311 %
48 Lozère	39	27	21	66	54	44	33	98	38 %	63 %	57 %	48 %
70 Haute-Saône	81	84	56	165	82	13	11	95	1 %	-85 %	-80 %	-42 %
2A Corse-du-Sud	64	10	10	74	66	20	18	86	3 %	100 %	80 %	16 %
Métropole	227 045	68 188	48 635	295 233	289 885	102 932	77 353	392 817	28 %	51 %	59 %	33 %
France entière	239 155	77 159	57 310	316 314	315 236	123 770	97 572	439 006	32 %	60 %	70 %	39 %

Annexe n° 9 : Les parcours

Il est difficile, pour des raisons évidentes, de cerner les caractéristiques de la population des ESI en France. L'exploitation, par la CNAM, du fichier des bénéficiaires de l'AME et les réponses fournies par les dix plus importantes caisses primaires d'assurance maladie de France ont permis cependant à la mission de recueillir des renseignements intéressants sur le parcours des bénéficiaires de l'AME et sur la durée de la situation irrégulière dans laquelle ils sont installés.

1) 11,9 % des bénéficiaires de l'AME ont une ancienneté d'ouverture de leurs droits supérieure ou égale à 5 ans et 18,07 % supérieure à 4 ans. L'ancienneté de présence, régulière ou non, sur le territoire français est encore supérieure pour la plupart des bénéficiaires de l'AME. Avant d'obtenir le bénéfice de l'AME, un nombre important d'étrangers tente en effet d'obtenir le statut de réfugié et on sait que la durée moyenne d'instruction de ce type de demande en France, qui est aujourd'hui d'un peu moins d'un an, est longtemps restée supérieure à deux ans.

Les demandeurs d'asile bénéficient (après un délai de carence de trois mois) de la PUMa. Les études conduites par la CNAM montrent que l'ancienneté du bénéfice de la PUMa pour ceux des demandeurs d'asile déboutés qui obtiennent l'AME aussitôt après l'expiration de leurs droits à la PUMa est de 2 ans, 7 mois et 16 jours.

Une partie des demandeurs d'asile déboutés n'obtient l'AME qu'après une rupture de droits de 11 mois et 15 jours. Pour cette dernière catégorie, l'ancienneté de présence en France est donc égale à leur ancienneté dans le bénéfice de la PUMa plus la durée moyenne de leur période sans droit (en moyenne de 3 ans, 5 mois et 15 jours au total) qui s'ajoute à une durée moyenne d'ancienneté dans l'AME qui est également de 3 ans et demi.

Cette analyse est confirmée par la circonstance, établie par la CNAM, qu'une large majorité – 59,9 % des bénéficiaires de l'AME – ne sont pas dans leur première année d'ouverture de droits, mais ont déjà obtenu au moins une fois le renouvellement annuel de cette aide.

La première conclusion que l'on peut tirer de ces données est que la population des ESI en France est installée dans une clandestinité de longue durée. Le séjour irrégulier n'est pas une période transitoire, d'une durée de quelques mois, mais bien une situation durable. Ce constat ne laisse pas d'être alarmant tant du point de vue de l'autorité de l'État que du point de vue social. On peut y voir le reflet des difficultés rencontrées par le ministère de l'Intérieur pour interpellier les étrangers en situation irrégulière, édicter à leur rencontre une mesure d'éloignement et enfin mettre cette mesure à exécution. On peut aussi constater que le bénéfice de l'AME, en offrant aux étrangers en situation irrégulière une couverture maladie presque équivalente à celle du régime général, favorise le maintien dans la clandestinité de longue durée.

2) La clandestinité n'est pas majoritairement le fait de demandeurs d'asile déboutés.

Selon la CNAM, seuls 14,2 % des actuels bénéficiaires de l'AME sont des demandeurs d'asile déboutés. Et la sous-catégorie des demandeurs d'asile déboutés qui accèdent à l'AME après une période de rupture de droit représente 8,1 % du total des bénéficiaires.

L'origine du solde, soit 85,8 % des actuels bénéficiaires de l'AME, est difficile à expliquer. Il peut s'agir, comme expliqué au 1.2.1.1, d'étrangers entrés irrégulièrement en France et n'ayant jamais sollicité la délivrance d'un titre de séjour ; d'étrangers entrés en France sous le couvert d'un visa de court séjour mais qui n'ont pas sollicité de titre à l'expiration de ce visa ; d'étrangers entrés régulièrement ou non en France, mais dont la demande de titre de séjour a fait l'objet d'un refus (31.744 en 2022) ; d'étrangers ayant obtenu un titre de séjour, mais s'en étant vu refuser le renouvellement (11.292 en 2022) ; d'étrangers ayant fait l'objet d'une décision de retrait de leur titre de séjour (6423 en 2022, mais seule une partie de ces retraits - 1292 - vient grossir le nombre des ESI, l'essentiel des retraits étant lié à des décès, des départs volontaires et des naturalisations)⁵⁸.

On peut essayer de les rapprocher du nombre des demandeurs d'asile déboutés : entre 60.000 et 80.000 par an depuis trois ou quatre ans, soit un flux annuel supérieur à celui des étrangers faisant l'objet chaque année d'un refus, d'un refus de renouvellement ou d'un retrait de titre de séjour. Force est donc de constater, sans

⁵⁸ Chiffres du ministère de l'Intérieur issus de l'application AGDREF

pouvoir le chiffrer, l'importance du solde, c'est-à-dire du nombre des ESI n'ayant jamais sollicité la délivrance d'un titre de séjour, comme facteur annuel d'alimentation du nombre des bénéficiaires de l'AME.

Dénombrement du nombre de bénéficiaires de l'AME et ventilation selon l'antériorité de leur situation

(AME au 30/09/23 et BDO famille au 17/11/2023)

Dénombrement

Situations précédant l'AME		En cours	Total	
AME	ASILE	AME	304	0,1%
PUMA	ASILE	AME	59	0,0%
SANS COUVERTURE	ASILE	AME	26 057	6,2%
AME	PUMA	AME	238	0,1%
ASILE	PUMA	AME	188	0,0%
SANS COUVERTURE	PUMA	AME	10 980	2,6%
AME	SANS COUVERTURE	AME	52 060	12,4%
ASILE	SANS COUVERTURE	AME	34 302	8,1%
PUMA	SANS COUVERTURE	AME	17 469	4,1%
SANS COUVERTURE	SANS COUVERTURE	AME	279 602	66,4%
Total			421 259	100,0%

Durées des situations

Situations précédant l'AME		En cours	durée entre les situations (durée de sans couverture)
AME	SANS COUVERTURE	AME	0 an 5 mois 0 jours
ASILE	SANS COUVERTURE	AME	0 an 11 mois 15 jours
PUMA	SANS COUVERTURE	AME	2 ans 0 mois 11 jours

Répartition primo/renouvellement

Primo-demande	Renouvellement	Total
168 918	252 341	421 259
40,1%	59,9%	100,0%

Source CNAM

Source CNAM