

APPEL NATIONAL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES HEPATITES



LOI ASILE ET MIGRATION

**POSITION DU COLLECTIF DES 10 CHOIX
POLITIQUES POUR EN FINIR AVEC LE SIDA**

JUILLET 2023

Cette position a été élaborée par le Comité de Pilotage du collectif des 10 Choix Politiques pour en finir avec le sida, sur la base de l'Appel des 10 Choix Politiques pour en finir avec le sida¹. « L'accueil digne des personnes fuyant les persécutions ou la misère » y figure comme une priorité.

Cette position précise et argumente cette priorité dans le cadre des débats actuels autour de l'asile et de la migration.

Le Collectif des 10 Choix Politiques pour en finir avec le sida rassemble des sociétés savantes, des clinicien.ne.s, des psychologues, infirmier.e.s, chercheur.euse.s, des associations, des centres de santé, concernés par le VIH et les hépatites.

C'est un collectif qui, par sa diversité, permet de réfléchir à la fin du sida sous différents angles et de proposer une vision multidimensionnelle du sujet.

19 COREVIHs, 52 associations nationales, territoriales, ou centres de santé, luttant contre le VIH et/ou les hépatites, 5 sociétés savantes, et 17 chercheur.euse.s réaffirment que la fin de l'épidémie de VIH/sida est possible sur notre territoire en 2030, et que cela suppose des engagements et une volonté politique au sens noble du terme.

Comité de Pilotage : Act-Up Sud-Ouest, AIDES, COREVIH arc alpin, COREVIH PACA Est, SIDACTION, Société Française de Lutte contre le SIDA, TrT5-CHV

Contact : enfiniraveclesida@gmail.com

¹ <https://www.alpesansida.fr/appel-de-grenoble-en-finir-avec-le-sida-passe-par-un-changement-de-societe/>





SOMMAIRE

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS.....	4
Synthèse	4
Recommandations	5
INTRODUCTION.....	8
AME : DE QUOI PARLE-T-ON ?	8
Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins primaires de qualité réduit les coûts de santé	9
1.1. Les personnes en situation d'exil contribuent à la croissance économique	9
1.2. Une détection précoce des pathologies réduit les dépenses de santé	11
1.2. Les hôpitaux doivent être financés pour les soins des personnes en situation d'exil.....	12
1.4. Recommandations	13
Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins primaires de qualité est la meilleure option pour que la population dans son entièreté reste en bonne santé	14
2.1. Pour stopper les épidémies, nous devons dépister, traiter et protéger tout le monde	14
2.2. Garantie une couverture santé universelle évitera le renoncement aux soins, couteux pour le système de santé	16
2.3. Les titres de séjour pour soins sont utiles, efficaces et maîtrisés.....	19
2.4. Recommandations	20
CONCLUSION Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins de santé : c'est l'option la plus efficace, et la seule ligne de conduite tenable sur un plan humain	22
TEXTES DE REFERENCE	23
REPONSES AUX QUESTIONS COURANTES	25
Est-ce que le budget de l'AME explose ? Non.....	25
Est-ce que l'AME est un « appel d'air pour une migration médicale en France ? » Non	26
ORGANISATIONS ET STRUCTURES SIGNATAIRES DES 10 CHOIX POLITIQUES POUR EN FINIR AVEC LE SIDA.....	30





SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Synthèse

Les débats actuels autour de l'asile et de la migration posent en creux la question de l'utilité d'un accès universel à la santé sur un territoire. En d'autres termes, est-il préférable, pour le contrôle des dépenses publiques, de soigner tout le monde ? Ou est-il plus efficace et pertinent de privilégier certaines personnes à d'autres ?

Les réponses scientifiques, dans l'état des connaissances actuelles, sont unanimes :

- Les personnes en situation d'exil contribuent à la croissance économique : elles arrivent sur le sol français plutôt en bonne santé et c'est sur le territoire que leur santé se dégrade. Garantir des conditions de vie décente est donc un facteur d'économies ;
- Permettre à tous et toutes d'accéder à la prévention et à des soins primaires de qualité réduit les coûts de santé : plus la détection des pathologies est précoce, ou celles-ci empêchées (prévention), plus les économies sont importantes sur le système de santé ;
- Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins primaires de qualité est la meilleure option pour que la population dans son entièreté reste en bonne santé : en effet, si nous souhaitons stopper les épidémies, nous devons dépister, traiter et protéger tout le monde. Les virus se fichent de la couleur de peau ou du statut juridique des personnes qu'ils infectent. Au-delà des soins, un accès universel à la santé doit comprendre l'accès aux outils de prévention.

Cela signifie donc que l'accès universel à la santé est l'option la plus économique, la plus efficace en termes de santé, et par conséquent, la plus acceptable socialement. C'est aussi la seule ligne de conduite tenable sur un plan éthique et humain.



Recommandations

Pour des raisons de santé publique et d'économie de la santé, nous demandons à **intégrer l'Aide Médicale de l'État au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence habituelle. En attendant (a minima) renforcer l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi (lever tous les freins : panier de soin, dématérialisation, délais de carence) et en garantissant une prise en charge globale ; et ce, sur tous les territoires, y compris Mayotte.**

Concernant l'accès à la santé de manière plus générale :

- Proposer un bilan de santé pour les personnes en situation de migration élargi aux questions sociales telles que l'accès au logement, l'accès à l'éducation, l'accès aux droits administratifs ;
- Mettre en place des dispositifs de santé ciblant les personnes immigrées pour rattraper les retards aux dépistages et les difficultés de prise en charge, en ayant recours aux services de traduction professionnelle et à la médiation en santé ;
- Utiliser la médiation en santé et l'interprétariat linguistique comme outils d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ;
- Attribuer une carte vitale pour toutes et tous pour favoriser la télétransmission des informations y compris pour les bénéficiaires de l'AME. La télétransmission est un levier pour lutter contre les refus et renoncement aux soins.

Concernant l'AME :

- Intégrer l'AME au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence habituelle. En attendant (a minima) renforcer l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi (en levant tous les freins : panier de soin, dématérialisation, délais de carence) et en garantissant une prise en charge globale ;
- Supprimer le délai de carence de 3 mois pour l'accès aux soins et à la Protection universelle maladie (PUMA).



Concernant les PASS :

- Réformer le budget des PASS pour modéliser et prévoir les augmentations de dépense des budgets : actuellement le budget des PASS est plafonné, quelle que soit l'augmentation de la file active et les soins prodigués ;

Concernant le titre de séjour pour soins :

- Redonner le pilotage de l'évaluation médicale pour les personnes étrangères au ministère de la Santé, sans ingérence des services du ministère de l'Intérieur ;
- Mettre en place des dispositifs d'accès au titre de séjour pour soins accessibles et fluides dans les préfectures et à distance. (Exemple : mise en place de points d'accès numériques dans les préfectures) ;

Concernant la prévention du VIH :

- Proposer aux populations migrantes un ensemble de mesures leur garantissant un accès immédiat aux droits de santé, dont le dépistage du VIH et des autres pathologies fréquentes (dans le cadre d'un « bilan de santé migrant »), l'accès à la PrEP et aux services de santé sexuelle (dont contraception et protection contre les violences) et si besoin, d'une assistance sociale et juridique ;
- Définir des programmes de prévention combinée du VIH pour cette population spécifique associant tous les dispositifs pour réduire le délai au diagnostic et maximiser l'effet préventif du traitement.



Concernant la vie sociale et économique :

- Construire l'égalité des droits pour tou-te-s ; notamment en matière d'accès au travail, à la protection sociale et à la sécurité, indépendamment du statut administratif ou de la nationalité ;
- Assurer des conditions d'accueil sur le territoire respectueuses des droits humains :
 - En augmentant la capacité du parc d'hébergement de plusieurs dizaines de milliers de places, dans le cadre d'une programmation pluriannuelle intégrant les perspectives d'évolution de la demande d'asile ;
 - En autorisant le travail dès le dépôt d'une demande d'asile ;
 - En assurant un meilleur accès aux formations professionnelles et universitaires ;
 - En assurant l'accessibilité des cours de français financés par l'État ;
 - En luttant contre les discours et idées reçues fondées sur des rhétoriques comme le phénomène « d'appel d'air » ou le coût supposé trop élevé de l'AME, et qui reposent sur des données erronées ;
 - En renforçant le recours à l'interprétariat pour l'ensemble des démarches (administratives et médicales).
- Simplifier profondément les procédures d'accès aux droits ;
- Proposer une réforme du système d'accueil et d'asile pour le rendre plus humain, avec notamment la délivrance rapide d'un titre unique et stable autorisant l'exercice d'une activité professionnelle.





INTRODUCTION

Les débats actuels autour de l'asile et de la migration reposent la question de la pertinence de l'accès aux soins des personnes étrangères sur le territoire français. Celle-ci s'inscrit en fait dans un débat plus large de politique publique : **quelle est l'utilité de proposer un accès universel à la santé sur un territoire ?**

En d'autres termes, est-il préférable pour le contrôle des dépenses publiques, de soigner tout le monde ou est-il plus efficace et pertinent de privilégier certaines personnes à d'autres ?

Les réponses scientifiques, dans l'état actuel des connaissances, sont unanimes : **l'accès universel à la santé est l'option la plus économique, la plus efficace en termes de santé, et la plus acceptable socialement.** Cet accès universel suppose d'intégrer l'Aide Médicale de l'État (AME) au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence habituelle. En attendant, la renforcer en assouplissant ses conditions d'octroi (en levant tous les freins : panier de soin, dématérialisation, délais de carence) et en garantissant une prise en charge globale.

Le Collectif des 10 Choix Politiques pour en finir avec le sida rassemble des sociétés savantes, des clinicien·ne·s, des psychologues, infirmier·e·s, chercheur·euse·s, des associations, des centres de santé ; un collectif qui, par sa diversité, permet de réfléchir à la fin du sida sous différents angles et proposer une vision multidimensionnelle du sujet.

C'est avec cette approche multidimensionnelle, fondée sur la science et les savoirs expérientiels que nous abordons la question de l'accès aux soins et l'accès universel à la santé.

AME : DE QUOI PARLE-T-ON ?

POUR MEMOIRE, CE DISPOSITIF PERMET AUX PERSONNES EN SITUATION IRREGULIERE, PRESENTES SUR LE SOL FRANÇAIS DEPUIS AU MOINS 3 MOIS, DE BENEFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE PLUS REDUITE QUE CELUI DES ASSURES SOCIAUX SANS AVANCE DE FRAIS DES SOINS MEDICAUX, DES MEDICAMENTS ET D'UNE HOSPITALISATION EN CAS DE MALADIE OU DE MATERNITE (DANS LA LIMITE DES TARIFS DE LA SECURITE SOCIALE). LES CONDITIONS DE RESSOURCES SONT LES MEMES QUE POUR LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE.





Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins primaires de qualité réduit les coûts de santé

1.1. Les personnes en situation d'exil contribuent à la croissance économique et arrivent sur le sol français plutôt en bonne santé

Dès 2014, l'OCDE² a étudié l'impact de la migration sur le marché du travail, les finances publiques et la croissance économique : les auteurs de ce rapport expliquent comment **la migration peut renforcer le marché du travail, améliorer le financement des retraites et contribuer à une plus grande flexibilité du marché du travail**. Par ailleurs, une étude (Liebig and Mo, 2013³) suggère que les migrant·e·s contribuent plus en impôts et contributions sociales qu'ils ne reçoivent en bénéfices individuels. En d'autres termes, ils et elles financent plus les infrastructures du pays qu'ils ne perçoivent d'aides.

Par ailleurs, plusieurs études ont largement démontré que **les personnes immigrées sont en meilleure santé à leur arrivée sur le territoire national que les citoyens des pays d'accueil**⁴. Il faut en effet être en bonne santé pour entamer un parcours migratoire.

Or, de la même manière, les chercheur·euse·s nous indiquent que la santé des immigré·e·s se détériore durant les premières années de vie en France⁵ : la précarité que rencontrent les

² OECD, Migration Policy Debates, may 2014

³ Liebig and Mo, The fiscal impact of immigration in OECD countries; Chapter 3 in OECD (ed.) International Migration Outlook 2013

⁴ Bousmah, Combes and Abu-Zaineab, Health differentials between citizens and immigrants in Europe : A heterogeneous convergence, in Health Policy, vol 123, issue 2, Feb 2019

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.005>

⁵ Ibidem



migrant·e·s à leur arrivée en France contribuent à dégrader leur état de santé. De fait, elle dure de longues années puisqu'il faut six ou sept ans pour qu'ils et elles accèdent à des papiers, à un logement et à un travail cumulativement.

Ceci est corroboré par le rapport sur la santé des réfugié·e·s et des migrant·e·s dans la région Europe de l'OMS⁶ publié en 2019, qui reprend plus de 16 000 documents et aboutit aux mêmes conclusions.

Pour finir, l'absence de logement stable et de titre de séjour est un facteur d'exposition aux risques sexuels, en particulier au VIH : entre 35 et 50 % des personnes nées en Afrique Subsaharienne suivies pour une séropositivité au VIH en Ile de France ont été contaminées sur le territoire français⁷.

Nous sommes donc face à un paradoxe : l'apport culturel de la migration n'est plus à démontrer, son apport économique non plus. Pourtant, les conditions d'accueil en France induisent des pertes de chance pour les personnes et pour le système socio-économique dans son ensemble.

⁶ WHO EURO, report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region, 2018

⁷ Desgrées du Loû Annabel, Lert France (dir), Parcours – Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France, 2017, la Découverte



1.2. Une détection précoce des pathologies réduit les dépenses de santé

La prise en charge des pathologies à un stade précoce est moins onéreuse qu'une prise en charge tardive et urgente⁸. La prévention est encore moins coûteuse – C'est un principe fondamental d'économie de la santé.

C'est ce que l'Aide Médicale de l'État (AME) permet, même si les restrictions actuelles entravent la mise en œuvre de soins préventifs et précoces :

- L'AME n'est disponible que si les personnes peuvent prouver⁹ qu'elles sont depuis 3 mois sur le territoire ;
- Certains soins ne sont disponibles qu'après un an de présence prouvée sur le territoire (kinésithérapie par exemple) ;
- Or les pathologies ne se mettent pas sur pause et, la plupart du temps, ne disparaissent pas d'elles-mêmes. Durant ce laps de temps, les personnes vont dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui prennent en charge les pathologies à un stade souvent plus avancé que si l'accès à la santé avait été universel dès le départ.

⁸ FRA (2015). Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. Luxembourg, European l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) : <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregularsituation>
M.Guillon, M.Celse, PY Geoffard 2018, « Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France », EurJ Health Econo 19 :327-340

⁹ Prouver que l'on est sur le territoire suppose d'avoir un logement, ou une quittance de téléphone, etc... C'est parfois difficile à fournir si l'accès aux droits n'est pas possible.



1.3. Les hôpitaux doivent être financés pour les soins des personnes en situation d'exil, y compris pour les soins de suite si nécessaire

Supprimer l'AME pour la remplacer par un dispositif « soins urgents » ne rendra pas les personnes moins malades. Les hôpitaux continueront de les prendre en charge et cela viendra grever leur budget de plusieurs manières :

- L'AME permet de financer les soins médicaux, les médicaments, les hospitalisations. Ceux-ci seront transférés sur les budgets PASS, déjà sous-dotées, ou viendront s'ajouter aux dépenses non recouvrables des établissements (ou les deux) ;
- Sans AME, les personnes hospitalisées ne peuvent prétendre à des soins de suite. Elles resteront donc hospitalisées, ce qui augmentera le coût de prise en charge globale et contribuera à emboliser les hôpitaux qui sont déjà en grande difficulté.

Par ailleurs, la mission IGAS¹⁰ de 2019 a tenté d'estimer les coûts de gestion associés au dispositif de l'AME dans les CPAM et les hôpitaux. Elle estime que « *l'inclusion des facturations non recouvrées et des actes non facturés des hôpitaux conduirait à augmenter le coût total de l'AME d'au moins 8 % pour les soins hospitaliers. L'inclusion des coûts de gestion, qui ne sont pas compensés par l'État à l'Assurance maladie et aux hôpitaux, conduirait quant à elle à augmenter ce coût de 8 % supplémentaires¹¹.* »

Enfin, les personnes en bonne santé sont aussi en mesure de travailler plus rapidement. Leur capacité à contribuer économiquement à la vie du pays dépend des conditions d'accueil et de notre capacité collective à maintenir les personnes en bonne santé.

En conclusion de ce point, nous constatons déjà que les délais de carence actuels et les freins bureaucratiques sont onéreux. Si l'AME devait être remplacée par une prise en charge « soins urgents », les soins seraient pris en charge quand ils deviennent urgents, donc plus graves –

¹⁰ Inspection Générale des Affaires Sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019

¹¹ Ibidem page 11



ce qui, *de facto*, engendrerait des parcours plus coûteux pour le système de santé, la sécurité sociale et les comptes publics. **Les soi-disant économies attendues par la suppression de l'AME sont donc nulles : la suppression de l'AME alourdirait au contraire les dépenses de santé.**

1.4. Recommandations

- Construire l'égalité des droits pour tou-te-s, notamment en matière d'accès au travail, à la protection sociale et à la sécurité, indépendamment du statut administratif ou de la nationalité ;
- Assurer des conditions d'accueil sur le territoire, respectueuses des droits humains :
 - En augmentant la capacité du parc d'hébergement de plusieurs dizaines de milliers de places, dans le cadre d'une programmation pluriannuelle intégrant les perspectives d'évolution de la demande d'asile ;
 - En autorisant le travail dès le dépôt d'une demande d'asile ;
 - En assurant un meilleur accès aux formations professionnelles et universitaires ;
 - En assurant l'accessibilité des cours de français financés par l'État ;
 - En luttant contre les discours et idées reçues fondées sur des rhétoriques comme le phénomène « d'appel d'air » ou le coût supposé trop élevé de l'AME, et qui reposent sur des données erronées ;
 - En renforçant le recours à l'interprétariat pour l'ensemble des démarches (administratives et médicales).
- Simplifier profondément les procédures d'accès aux droits ;
- Proposer une réforme du système d'accueil et d'asile pour le rendre plus humain, avec notamment la délivrance rapide d'un titre unique et stable autorisant l'exercice d'une activité professionnelle.





Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins primaires de qualité est la meilleure option pour que la population dans son entièreté reste en bonne santé

2.1. Pour stopper les épidémies, nous devons dépister, traiter et protéger tout le monde

La pandémie de COVID-19 nous l'a montré récemment : les virus ne s'arrêtent pas à la couleur de peau, à la religion ou au statut juridique des personnes. Si nous voulons protéger notre population, nous devons protéger, dépister et traiter toutes les personnes qui vivent sur le territoire. Cela suppose des dispositifs adaptés, comme le titre de séjour pour soins et l'AME sans délai de carence.

Si nous voulons atteindre les engagements pris par la France devant l'ONUSIDA (aucune nouvelle contamination VIH et aucun nouveau cas de sida en 2030) il faut assurer une couverture maladie à tou·te·s et notamment aux migrant·e·s, et leur offrir un dépistage et une prise en charge des maladies le plus vite possible¹².

Or, en 2021, 29% des nouvelles séropositivités VIH ont été diagnostiquées à un stade avancé de la maladie.

¹² Nous rappelons à toutes fins utiles qu'aujourd'hui, les traitements contre le VIH sont tellement efficaces que les personnes traitées ne transmettent plus le virus. C'est un des piliers des stratégies dites « 0 sida » qui vont nous permettre d'en finir avec l'épidémie : accélérer les dépistages pour pouvoir mettre le plus rapidement possible les personnes sous traitement et éviter ainsi des contaminations, soit proposer un traitement préventif.



Il est nécessaire de mobiliser des efforts pour que ce diagnostic et la mise en place des traitements s'effectuent plus précocement et que le risque de contamination soit le plus bas possible. Attendre 3 mois de carence voire davantage avant de mettre en place un traitement VIH est un non-sens médical pour la personne comme pour la société dans son ensemble¹³.

Au-delà des soins, un accès universel à la santé doit comprendre l'accès aux outils de prévention – Dépistages réguliers, PrEP, vaccinations, Traitement Post Exposition et préservatifs pour lutter contre le VIH et les IST.

Afin de pouvoir prévenir les pathologies transmissibles, le ministère de la Santé demande aux acteur·trice·s de santé et aux associations de dépister le plus tôt possible les hépatites, le VIH et la tuberculose. Or, le délai de carence de l'AME entraîne la perte de contact avec les personnes concernées qui ne reviennent pas toujours vers le soin. Le lien entre le dépistage et les traitements éventuels doit être facilité et fluide.

De plus, nous disposons d'un traitement qui protège de l'acquisition du VIH (la PrEP). Ce traitement¹⁴ très efficace - et beaucoup moins onéreux qu'une trithérapie curative à vie -, doit pouvoir être proposé rapidement aux personnes qui en ont besoin. Nous rappelons qu'entre 35 % et 50 % des migrant·e·s d'Afrique Subsaharienne vivant avec le VIH ont été contaminé·e·s après leur arrivée en France, et particulièrement ceux et celles vivant en situation de précarité¹⁵. Ces contaminations pourraient être évitées si les personnes immigrées vulnérables avaient accès facilement à la PrEP.

¹³ Dans les faits, la plupart des centres hospitaliers prennent en charge les premiers mois de traitement pour justement éviter que les personnes aient une rupture de traitement (pour celles qui étaient déjà traitées dans leur pays) ou qu'elles disparaissent sans traitement ni suivi, augmentant ainsi les risques pour leur santé et les risques de transmission. Cela ajoute des frais supplémentaires sur des budgets hospitaliers déjà très contraints – avant de basculer vers l'AME.

¹⁴ Ainsi que le suivi biologique nécessaire.

¹⁵ Desgrées du Loû Annabel, Lert France (dir), Parcours – Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France, 2017, la Découverte



Les vaccinations, dépistages et traitements des hépatites virales répondent à des logiques similaires : pour prévenir des infections sur un territoire, il est nécessaire de dépister, traiter et/ou vacciner tout le monde le plus tôt possible, sans tenir compte du statut administratif des personnes.

Nous demandons donc, pour des raisons de santé publique et d'économie de la santé que le dispositif AME soit intégré au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence habituelle¹⁶.

2.2. Garantie une couverture santé universelle évitera le renoncement aux soins, couteux pour le système de santé

Dans les faits, seules 51 % des personnes éligibles à l'AME en bénéficient¹⁷. Les raisons sont multiples :

- **Restrictions d'accès aux services par les lois et la multiplication des OQTF** (Obligations de Quitter le Territoire Français). Les lois et réglementations nationales restreignent généralement l'accès aux services pour les immigré-e-s en situation irrégulière, tandis que la multiplication des OQTF pousse les personnes sans papiers à se cacher et renoncer aux soins – ce qui les met en danger et réduit l'efficacité des programmes de santé publique ;
- **La stigmatisation et la discrimination** entravent davantage leur accès aux services essentiels, les immigré-e-s appartenant à des populations clés susceptibles d'avoir subi des discriminations sévères dans leurs pays d'origine ou de transfert¹⁸ ;

¹⁶ En attendant (a minima) renforcer l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi (en levant tous les freins : panier de soin, dématérialisation, délais de carence) et en garantissant une prise en charge globale.

¹⁷ Vignier N., Moussaoui S., Marsaudon A., Wittwer J., Jusot F., Dourgnon P., Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Survey, *Frontiers in Public Health*, en ligne 2022/08/04. <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.htm>

¹⁸ ONUSIDA, Etude « *Global Aids Update 2021 : confronting inequalities* », 2021, disponible en ligne sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf.



- **Difficulté d'accès au service responsable de l'AME.** Les étranger·ère·s en situation irrégulière relèvent d'une prestation « particulière », et leur accueil est organisé différemment de celui des assuré·e·s. On constate une forte disparité d'accès aux droits selon les départements¹⁹. La première difficulté pour un·e demandeur·euse d'AME consiste à savoir où déposer sa demande, d'autant que les adresses des guichets « AME » ne sont pas forcément disponibles sur internet ;
- **Obstacles d'ordre numérique.** Plusieurs CPAM ont décidé d'imposer une prise de rendez-vous, par internet ou par téléphone, pour venir déposer son dossier, parfois même pour venir retirer sa carte ;
- **Difficulté dans la constitution du dossier.** En pratique, certains agent·e·s peuvent demander plus de documents que ce qui est prévu par la loi (ex. demander un type de justificatif de résidence précis comme la déclaration d'impôts sur le revenu ou la quittance de loyer), alors même que la personne demandant l'AME peut prouver sa résidence par d'autres moyens (visa d'entrée sur le passeport, facture EDF, etc). De plus, les guichets ont parfois tendance à appliquer à l'AME des règles propres à l'Assurance Maladie, obligeant les demandeur·euse·s à revenir alors que ces deux documents ne sont pas nécessaires à l'étude du dossier ;
- **Politique managériale.** Les agent·e·s de l'Assurance maladie sont soumis à des règles de productivité qui jouent sur leurs manières de traiter les dossiers. Les agent·e·s sont ainsi évalué·e·s selon le nombre de dossiers qu'ils/elles traitent par jour et selon leur taux d'erreurs. Ce taux étant calculé uniquement à partir des dossiers d'AME acceptés, lorsque les agent·e·s instructeur·trice·s ont un doute concernant un justificatif, ils/elles

¹⁹ Par exemple, la CPAM de Seine-Saint-Denis dispose d'une seule agence dédiée à l'accueil des primo-demandeurs. Selon les départements, les personnes demandant d'AME sont reçues soit dans les guichets de l'Assurance Maladie (comme les autres assuré·e·s), soit dans un centre spécifique qui leur est réservé, soit dans les permanences de l'Assurance Maladie situées dans les hôpitaux.



préfèrent renvoyer le dossier à la personne demandeuse pour lui demander d'en fournir un autre plutôt que de l'accepter²⁰.

Les étranger·e·s sont particulièrement vulnérables au risque de refus de soins en raison de leur nationalité ou de la nature de leur protection sociale²¹.

D'aucuns arguent que les fraudes existent. Ici encore les faits sont têtus : le nombre de fraudes avérées à l'AME est extrêmement faible. (54 cas ont été identifiés par l'Assurance Maladie en 2014, 38 cas en 2018 (dernières données disponibles)).

En matière de santé publique, le dispositif AME certes imparfait présente plus de bénéfices collectifs et d'efficience globale que d'inconvénients.

D'ailleurs, c'est à cette conclusion qu'arrivait déjà la mission de l'IGAS dès 2019 : il faut renforcer, sécuriser et améliorer le dispositif de l'AME pour garantir un accès plus précoce aux soins et maîtriser les coûts de gestion. Les auteurs recommandaient alors de ne pas augmenter le renoncement aux soins et de ne pas dégrader l'état de santé des populations ciblées.

Nous aboutissons aux mêmes conclusions et – bien que nous recommandions l'intégration l'Aide Médicale de l'État (AME) au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence habituelle – nous formulons, dans l'immédiat des recommandations qui vont dans le même sens : le renforcement de l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi et en garantissant une prise en charge globale.

²⁰ La CIMADE, DOM'ASILE, COMEDE, MEDECINS DU MONDE, SECOURS CATHOLIQUE, Rapport d'enquête : entraves dans l'accès à la santé, avril 2023 <https://www.lacimade.org/publication/rapport-denquete-entraves-dans-laces-a-la-sante/>

²¹ DEFENSEUR DES DROITS, Éclairages : une étude sur les discriminations envers les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale de l'État (AME), mai 2023 <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2023/05/eclairages-une-etude-sur-les-discriminations-envers-les-beneficiaires-de-la>



2.3. Les titres de séjour pour soins sont utiles, efficaces et maîtrisés

Notre pays propose un titre de séjour pour les personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qui ne pouvaient bénéficier effectivement²² d'un traitement approprié dans leurs pays d'origine. Ce titre de séjour permet aux personnes concernées de se soigner, et d'éviter l'expulsion vers leur pays où elles n'auraient pas accès aux soins.

C'est un dispositif stable, peu onéreux : le nombre d'étrangers titulaires d'une carte de séjour pour raisons médicales est resté stable durant des années, autour de 30 000 (avant les dernières réformes). Par ailleurs, les titres de séjour pour soins représentent 0,6 % de l'ensemble des titres de séjour délivrés aux 5,2 millions d'étranger·e·s qui vivent en France : l'argument de tourisme médical ne tient pas face aux chiffres.

Il est à noter que ce dispositif permet un droit au séjour et au travail pour les personnes concernées : elles travaillent, cotisent à la protection sociale, paient des impôts – ce qui évite une charge financière pour les finances publiques.

Or ce dispositif est lui aussi de plus en plus restreint :

- Transfert de la compétence d'instruire les dossiers de demande de titre de séjours pour soins des Autorités Régionales de Santé (ARS) vers l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) en 2016, soit du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur, qui s'est soldée par une augmentation des refus d'octroi de ces titres ;
- Complexification de l'accès aux préfectures ;
- Dématérialisation des démarches administratives ;

²² Le traitement est parfois disponible mais à un coût élevé et/ou seulement dans les grandes villes, ce qui ne le rend pas accessible de manière effective pour tous et toutes. Par ailleurs, au-delà du traitement, le suivi biologique est souvent important, mais pas forcément accessible pour les mêmes raisons. Dans le cas de l'hépatite B par exemple, il n'est pas forcément utile de traiter tout de suite, mais essentiel de surveiller. Sans surveillance, les personnes pourront déclencher une hépatite potentiellement mortelle.



- Baisse des financements accordés à l'interprétariat malgré des besoins importants ;
- Augmentation des refus de titres de séjour pour soins : les demandes de séjour pour soins ont connu une chute record depuis 2016 de 75 à 50 % en fonction des pathologies.

2.4. Recommandations

Concernant l'AME :

- Intégrer l'AME au régime général de la sécurité sociale sur critère de résidence habituelle. En attendant (a minima) renforcer immédiatement, l'AME en assouplissant ses conditions d'octroi (en levant tous les freins : panier de soin, dématérialisation, délais de carence) et en garantissant une prise en charge globale, (y compris à Mayotte) ;
- Supprimer le délai de carence de 3 mois pour l'accès aux soins et à la Protection universelle maladie (PUMa).

Concernant le titre de séjour pour soins :

- Redonner le pilotage de l'évaluation médicale pour les personnes étrangères au ministère de la Santé, sans ingérence des services du ministère de l'Intérieur ;
- Mettre en place des dispositifs d'accès au titre de séjour pour soins accessibles et fluides dans les préfectures et à distance. (Exemple : mise en place de points d'accès numériques dans les préfectures) ;

Concernant les PASS :

- Réformer le budget des PASS pour modéliser et prévoir les augmentations de dépenses des budgets : actuellement le budget des PASS est plafonné, quelle que soit l'augmentation de la file active et les soins prodigués.



Concernant la prévention du VIH :

- Proposer aux populations migrantes un ensemble de mesures leur garantissant un accès immédiat aux droits de santé, dont le dépistage du VIH et des autres pathologies fréquentes (dans le cadre d'un « bilan de santé migrant »), l'accès à la PrEP et aux services de santé sexuelle (dont contraception et protection contre les violences) et si besoin, d'une assistance sociale et juridique ;
- Définir des programmes de prévention combinée du VIH pour cette population spécifique associant tous les dispositifs pour réduire le délai au diagnostic et maximiser l'effet préventif du traitement.

Concernant l'accès à la santé de manière plus générale :

- Proposer un bilan de santé pour les personnes en situation de migration élargi aux questions sociales telles que l'accès au logement, l'accès à l'éducation, l'accès aux droits administratifs ;
- Mettre en place des dispositifs de santé ciblant les personnes immigrées pour rattraper les retards aux dépistages et les difficultés de prise en charge, en ayant recours aux services de traduction professionnelle et à la médiation en santé ;
- Utiliser la médiation en santé et l'interprétariat linguistique comme outils d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ;
- Attribuer une carte vitale pour toutes et tous pour favoriser la télétransmission des informations y compris pour les bénéficiaires de l'AME. La télétransmission est un levier pour lutter contre les refus et renoncement aux soins.





CONCLUSION

Permettre à tous et toutes d'accéder à des soins de santé : c'est l'option la plus efficace, et la seule ligne de conduite tenable sur un plan humain

Nous reprenons la conclusion du rapport de l'IGAS qui avait pour objet d'évaluer les dispositifs AME et « Soins urgents et vitaux », avec pour perspective la maîtrise de la dépense publique. Le rapport concluait que « *l'AME répond en premier lieu à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense. Elle n'est pas un outil de politique migratoire.* » Les inspecteur-ice-s ont demandé à ce que l'accès aux soins soit renforcé.

L'IGAS rappelle ainsi que « *l'AME s'inscrit dans un cadre juridique constitué des engagements internationaux de la France, diversement contraignants, du droit européen et de plusieurs décisions du Conseil constitutionnel et du Conseil d'État.* »

Accueillir dignement les personnes fuyant les persécutions ou la misère est un impératif humain, éthique et une mesure efficace en santé publique pour lutter contre les pandémies. Nous n'imaginons pas, de notre place, devoir un jour répondre à la question de soigner telle personne car elle a des droits et pas telle autre car elle n'a pas le bon statut administratif : toute personne a le droit fondamental à la santé. C'est ce qui est le plus efficace sur le plan social et économique, et c'est la seule ligne de conduite tenable sur un plan humain et éthique.





TEXTES DE REFERENCE

Bousmah, Combes and Abu-Zaineab, Health differentials between citizens and immigrants in Europe : A heterogeneous convergence, in Health Policy, vol 123, issue 2, Feb 2019
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.005>

La CIMADE, DOM'ASILE, COMEDE, MEDECINS DU MONDE, SECOURS CATHOLIQUE, Rapport d'enquête : entraves dans l'accès à la santé, avril 2023

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

DEFENSEUR DES DROITS, Éclairages : une étude sur les discriminations envers les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale de l'État (AME), mai 2023 <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2023/05/eclairages-une-etude-sur-les-discriminations-envers-les-beneficiaires-de-la>

Desgrées du Loû Annabel, Lert France (dir), Parcours – Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France, 2017, la Découverte

FRA (2015). Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. Luxembourg, European l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) : <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregularsituation>

M.Guillon, M.Celse, PY Geoffard 2018, « Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France », EurJ Health Econo 19 :327-340

Inspection Générale des Affaires Sociales, L'aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions, octobre 2019

Liebig and Mo, The fiscal impact of immigration in OECD countries; Chapter 3 in OECD (ed.) International Migration Outlook 2013



OECD, Migration Policy Debates, may 2014

ONUSIDA, Etude « *Global Aids Update 2021 : confronting inequalities* », 2021, disponible en ligne sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf.

Vignier N., Moussaoui S., Marsaudon A., Wittwer J., Jusot F., Dourgnon P., Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Survey, *Frontiers in Public Health*, en ligne 2022/08/04.

<https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.htm>

WHO EURO, report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region, 2018





REPONSES AUX QUESTIONS COURANTES

Est-ce que le budget de l'AME explose ? Non

Le budget de l'AME est certes en augmentation, mais cela reste à relativiser fortement :

- Même si l'IGAS relevait en 2019²³ l'augmentation récente de certains postes de dépense de l'AME (hémodialyse, oncologie), le budget de l'AME reste un poste de dépense extrêmement faible. Cette augmentation est liée principalement à l'évolution moyenne du coût hospitalier ;
- Le budget global de l'AME représente environ 0,5% de celui de l'Assurance Maladie, proportion stable depuis des années²⁴ ;
- Le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun est en baisse en 2018 par rapport à 2017 (-0,6%). Ce qui correspond bien aux constats des associations sur le durcissement des barrières à l'entrée et de l'importance du non-recours à ce droit. Les rapports de Médecin du Monde (MdM), au fil des années, mettent en lumière le faible recours aux aides (dont l'AME) par les personnes en situation de migration, dont celles qui ont des problèmes de santé²⁵ ; 71% des personnes reçues en consultation dans les centres de MdM n'ont pas de droits ouverts ;
- Les dépenses moyennes par bénéficiaire s'élèvent à environ 2 550 euros en 2017, ce qui est d'ailleurs inférieur à la dépense moyenne des Français (bien que la comparaison soit difficile à faire, du fait des moyennes d'âge et états de santé très différents entre les deux groupes).

²³ <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>

²⁴ https://gisti.org/IMG/pdf/une-analyse-critique-de-l-aide-medicale-de-l-etat_1_.pdf

²⁵ https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf



Est-ce que l'AME est un « appel d'air pour une migration médicale en France ? » Est-on témoin de tourisme médical ?

Non, l'AME ne provoque pas d'effet « d'appel d'air » ou de « migration médicale »

- Selon les statistiques publiées en 2018 par le ministère de l'Intérieur, la délivrance de titres de séjour pour des motifs médicaux à l'issue d'une première demande d'admission représente moins de 2 % de la totalité des titres²⁶ ;
- La migration étant un phénomène sélectif, les personnes en bonne santé sont plus susceptibles de migrer et elles arrivent en général avec un état de santé sensiblement meilleur que celui de la population de leur pays d'origine et du pays d'accueil. C'est une fois arrivées dans le pays d'accueil que leur état de santé se détériore ;
- La santé des migrant-e-s a plutôt tendance à se détériorer après leur arrivée en France ; un rapport du ministère de l'immigration le relevait dès 2014 ²⁷. Plus récemment, l'étude Parcours montrait que 30 à 50% des femmes migrantes originaires d'Afrique Subsaharienne acquéraient leur infection par le VIH après leur arrivée en France²⁸.

Rien ne permet donc d'affirmer que le dispositif de l'AME est attractif. Au contraire, les constats scientifiques et les observations des acteurs de terrain convergent : les personnes méconnaissent leurs droits et le renoncement aux soins est important.

²⁶

https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/122407/982258/file/IM_96_IM_Titres_de_sejour_2018.pdf

²⁷

https://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/content/download/128239/1023550/file/IM_70_Etat_sante_migrants_def.pdf

²⁸ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>





ORGANISATIONS ET STRUCTURES SIGNATAIRES DES 10 CHOIX POLITIQUES POUR EN FINIR AVEC LE SIDA

Cette position a été élaborée par le Comité de Pilotage du collectif des 10 Choix Politiques pour en finir avec le sida, sur la base de l'Appel des 10 choix politiques pour en finir avec le sida²⁹. « L'accueil digne des personnes fuyant les persécutions ou la misère » figurait comme une priorité. Elle précise et argumente cette priorité dans le cadre des débats actuels autour de l'asile et de la migration.

Vous trouverez ci-dessous les signataires de l'Appel des 10 Choix Politiques pour en finir avec le sida.

ASSOCIATIONS NATIONALES

- Actions Traitements
- Les Actupiennes
- Addictions France
- AIDES
- COMEDE
- ENIPSE
- Médecins du Monde
- Sida Info Service
- Sidaction
- STRASS
- TRT-5 CHV

SOCIETES SAVANTES ET RESEAUX PROFESSIONNELS

- Société Française de Lutte contre le Sida
- Société Française de Santé Publique
- Fédération Addiction
- IAPA – International Association of Providers of AIDS Care
- Réseau de Santé Sexuelle Publique

²⁹ <https://www.alpesansida.fr/appele-de-grenoble-en-finir-avec-le-sida-passe-par-un-changement-de-societe/>



ORGANISATIONS ET STRUCTURES

SIGNATAIRES DES 10 CHOIX POLITIQUES POUR EN FINIR AVEC LE SIDA

COREVIH – Comités de Coordination Régionale de la lutte contre les IST et le VIH

Les Comités de Coordination Régionale de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH sont des structures de démocratie en santé établies par l'État en 2005. Ils regroupent et coordonnent les acteurs de la prévention, du dépistage de la promotion de la santé, des soins et de l'accompagnement afin d'améliorer les pratiques. Ils ont également pour mission de recueillir les données épidémiologiques relatives au VIH et aux IST.

- Le COREVIH Arc Alpin
- Le COREVIH Auvergne Loire
- Le COREVIH Centre Val de Loire
- Le COREVIH Grand Est
- Le COREVIH Guadeloupe St Martin St Barth
- Le COREVIH Guyane
- Le COREVIH Ile de France Centre
- Le COREVIH Ile de France Nord
- Le COREVIH Ile de France Ouest
- Le COREVIH Hauts-de-France
- Le COREVIH Lyon Vallée du Rhône
- Le COREVIH Martinique
- Le COREVIH Normandie
- Le COREVIH Nouvelle Aquitaine
- Le COREVIH Occitanie
- Le COREVIH Océan Indien
- Le COREVIH PACA Ouest Corse
- Le COREVIH PACA Est

CENTRES DE SANTE OU CENTRES DE SANTE SEXUELLE

- Le Checkpoint Paris
- POPPY, Bordeaux
- Village 2 santé, Echirolles

ORGANISATIONS ET STRUCTURES

SIGNATAIRES DES 10 CHOIX POLITIQUES POUR EN FINIR AVEC LE SIDA

ASSOCIATIONS TERRITORIALES

- ACCEPTESS-T, Ile-de-France
- ACT MAION, Auvergne-Rhône-Alpes
- ACT UP Paris, Ile-de-France
- ACT UP Sud-Ouest, Occitanie
- Action Sida Martinique, Martinique
- Actions Traitements, Ile-de-France
- Afrique Arc-En-Ciel, Ile-de-France
- Afrique Avenir, Ile-de-France
- APRETO, Auvergne-Rhône-Alpes
- ARCAT / Le Kiosque, Ile-de-France
- Association de Lutte contre le Sida, Auvergne-Rhône-Alpes
- Autres Regards, Provence-Alpes-Côte d'Azur
- BASILIADE, Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France
- Cabiria, Auvergne-Rhône-Alpes
- Centre LGBTQIA+ Côte d'Azur, Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Comité des familles, Ile-de-France
- Da Ti Se Ni, Auvergne-Rhône-Alpes
- Dessine-moi un mouton, Ile-de-France
- ENVIE, Occitanie
- Groupe Action Gay et Lesbien Orléans Loiret, Centre-Val-de-Loire
- GAPS Groupe d'aide psychologique et sociale, Nouvelle Aquitaine
- Ikambere, Ile-de-France
- La Case, Nouvelle Aquitaine
- Les Petits Bonheurs, Ile-de-France
- Nariké M'sada, Océan Indien
- Nouvelle Aube, Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Paroles Autour de la Santé, Guyane
- Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres, Ile-de-France
- Planning Familial de l'Isère, Auvergne-Rhône-Alpes
- Prométhée, Auvergne-Rhône-Alpes
- Relais VIH, Occitanie
- Réseau Santé Marseille Sud, Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Réseau Ville-Hôpital Kikiwi, Guyane
- REVIH-Mulhouse, Grand-Est
- RITA, Auvergne-Rhône-Alpes
- Solidarité Enfants Sida, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur
- TEMPO, Auvergne-Rhône-Alpes
- VIVRE, Occitanie



ORGANISATIONS ET STRUCTURES

SIGNATAIRES DES 10 CHOIX POLITIQUES POUR EN FINIR AVEC LE SIDA

CHERCHEUR.EUSE.S

- Françoise BARRE SINOUSI, Prix Nobel 2008 de médecine, Présidente de Sidaction
- Dr Geneviève BECK-WIRTH, Praticien hospitalier responsable d'Unité Fonctionnelle, GHRMSA
- Cécile CAMES, Unité Mixte Internationale TransVIHMI, (UMI 233 IRD – U1175 INSERM - Universités de Montpellier/UCAD/UY1)
- Pr Constance DELAUGERRE, Virologue, Hôpital Saint Louis
- Pr Pierre DELOBEL, MD, PhD, Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
- Nathalie DEREUDDRE-BOSQUET, PhD, Directrice du laboratoire Immunologie et Infectiologie (L2I), CEA - DRF/JACOB/IDMIT
- Raphael GAUDIN, PhD, HDR, Head of the team: "Membrane Dynamics & Viruses" (MDV), IRIM - CNRS UMR9004 - University of Montpellier
- Marc LAVIGNE, PhD, HDR, Directeur de recherche, Institut Pasteur, Paris, Membre du comité scientifique et médical de SIDACTION, Secrétaire scientifique de la section 21 du CoNRS
- Alexandre LEGRAND, Doctorant, Equipe Interaction hôte-pathogène lors de l'infection lentivirale, Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI), École Normale Supérieure de Lyon
- France LERT, ancienne chercheuse dans le champ du VIH et des inégalités sociales de santé, ancienne présidente de Vers Paris sans sida
- Roy MATKOVIC, PhD, Retrovirus, Infection and Latency
- Dr Jean-Christophe PAILLART, Directeur de Recherches - CNRS
- Dr Pauline PENOT, Praticien Hospitalier, CeGIDD-maladies infectieuses, Hôpital intercommunal André Grégoire - GHT Grand Paris-Nord Est
- Asier SAEZ-CIRION, PhD, Associate professor, Team leader, Institut Pasteur, Unité HIV inflammation et Persistance
- Thomas SERRANO, Doctorant, Institut Pasteur
- Pr Rodolphe THIEBAUT, Directeur adjoint centre de recherche, Université de Bordeaux
- Pr Alessia ZAMBORLINI, PhD, Professor in Virology



