

## QUINZE ANS DE RÉFORME DE L'ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE DES SANS-PAPIERS : DE L'AIDE SOCIALE AUX POLITIQUES D'IMMIGRATION

Estelle Carde

La Découverte | « [Mouvements](#) »

2009/3 n° 59 | pages 143 à 156

ISSN 1291-6412

ISBN 9782707158437

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2009-3-page-143.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# THÈMES

# Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration

PAR ESTELLE CARDE \*

Une succession de réformes a progressivement compliqué l'accès des sans-papiers à une couverture médicale. C'est sur ce constat qu'Estelle Carde nous propose de comprendre les volontés politiques qui façonnent l'accès aux soins des sans-papiers depuis une quinzaine d'années.

Immigration « subie », objectifs chiffrés d'éloignements, directive « Retour » de l'Union européenne, fichier ELOI, « délit de solidarité » aux sans-papiers... la rhétorique et les mesures de répression de l'immigration irrégulière scandent l'actualité politique française. Quelle prise en charge la collectivité offre-t-elle, dans ce contexte, aux sans-papiers nécessitant des soins de santé ? À quel effort de solidarité est-elle prête à consentir envers ces étrangers qu'elle refuse d'intégrer officiellement ?

Il semble aujourd'hui dans l'ordre des choses qu'au défaut de légitimité adjugé par le ministère de l'Immigration et de l'Identité nationale corresponde une moindre protection accordée par celui des Affaires sociales. Il n'en a pourtant pas toujours été ainsi. Ce n'est qu'en 1993 qu'a été généralisée la condition du séjour régulier pour l'accès aux prestations sociales, donnant depuis pour évidente la spécificité du droit social des sans-papiers.

Cet article<sup>1</sup> se propose de revenir sur cette évolution. Après en avoir rappelé les étapes, on en envisagera la signification au regard successivement de trois enjeux : l'Aide sociale, la santé publique, puis enfin l'immigration.

## ● L'instauration du critère de la régularité du séjour au sein du droit à une couverture maladie

Le système de protection sociale, tel qu'il est mis en place à l'issue de la Seconde Guerre mondiale et dans les années qui la suivent, est destiné aux résidents en France. La nationalité ne constitue pas un critère déterminant

\* Sociologue et médecin de santé publique, chercheuse associée au LISST-CERS.

1. L'auteure remercie Didier Maille pour sa relecture informée d'une première version de ce texte.

pour l'accès aux prestations, et la régularité du séjour encore moins. C'est le cas pour la Sécurité sociale, créée en 1945<sup>2</sup> afin de protéger « les travailleurs et leurs familles » : un étranger pourra être affilié s'il réside en France et s'il cotise par son activité professionnelle, alors qu'un Français non-résident ne le pourra pas. C'est aussi le cas pour l'Aide sociale, qui se substitue en 1953<sup>3</sup> à l'Assistance publique et qui, au nom du principe de solidarité, doit bénéficier aux individus dont les ressources sont insuffisantes pour leur permettre d'assumer leurs besoins : seuls les résidents peuvent y prétendre. La branche maladie de chacun de ces deux systèmes est conforme à ce principe de territorialité, à savoir l'assurance maladie pour la Sécurité sociale, et l'aide médicale pour l'Aide sociale.

Un droit à une couverture maladie spécifique aux étrangers en situation irrégulière va pourtant être progressivement aménagé. Cette évolution se fera en trois temps.

Le premier temps est l'instauration, puis l'extension, de la condition de séjour régulier dans le droit de la protection sociale. Cette condition détermine en effet la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975, puis l'accès à l'assurance personnelle en 1978 et aux prestations familiales en 1986. La loi de 1993<sup>4</sup> marque un tournant, en généralisant son usage au sein de la protection sociale<sup>5</sup>. Seules quelques niches restent alors consenties aux étrangers pauvres dépourvus de titre de séjour : l'aide médicale, l'aide sociale à l'enfance et à l'hébergement. Mais la loi de 1993 modifie également l'accès à l'aide médicale : alors qu'auparavant tous les candidats (étrangers, en séjour régulier ou non, et Français) à l'aide médicale pour les soins délivrés en ville étaient soumis à une condition d'ancienneté de résidence en France de trois ans, cette condition ne s'applique désormais plus qu'aux seuls étrangers en situation irrégulière.

Le deuxième temps est l'isolement des étrangers en séjour irrégulier au sein d'une catégorie du droit à une couverture maladie qui leur est propre. Cet isolement est une conséquence directe de la loi CMU votée en 1999<sup>6</sup>. La CMU permet en effet aux Français et aux étrangers en situation régulière, non affiliables sous critères socioprofessionnels, de prétendre à l'assurance maladie dès lors qu'ils résident en France depuis trois mois au moins. Elle fait ainsi basculer dans l'assurance maladie la plupart des bénéficiaires de l'aide médicale, mais pas les sans-papiers, conformément à la logique généralisée en 1993.

Certes, la logique était amorcée depuis plus de vingt ans : l'assurance personnelle, créée en 1978, qui devait elle aussi permettre aux personnes ne relevant pas de l'un des régimes obligatoires de l'assurance maladie de souscrire à cette assurance (avec des cotisations dont le montant était fonction des revenus), était elle aussi soumise à une obligation de séjour régulier de trois mois au moins. Mais sa mise en œuvre avait rencontré des difficultés et de nombreuses personnes en relevant potentiellement étaient restées bénéficiaires de l'aide médicale. Ce n'est donc qu'avec la CMU que les étrangers en situation irrégulière se sont retrouvés, de fait, représenter les derniers bénéficiaires de l'aide médicale, et les seuls exclus de l'« universalité » désormais affichée.

2. Ordonnance du 4 octobre 1945.

3. Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953.

4. Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, votée le 24 août 1993.

5. À noter que la prise en charge de l'IVG suivra une évolution à rebours du reste de la protection sociale, puisque instaurée dès 1975, la condition de séjour régulier sera supprimée en 2000.

6. Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU).

7. Loi de finances rectificative pour 2002, votée le 30 décembre 2002.

8. Loi de finances rectificative pour 2003, votée le 30 décembre 2003.

9. Loi du 29 juillet 1992 de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.

Le troisième et dernier temps est la restriction de ce droit des sans-papiers. En 2002 est votée une loi<sup>7</sup> qui prévoit de réduire la portée de l'aide médicale en supprimant la prise en charge du forfait hospitalier et du ticket modérateur, c'est-à-dire la part « complémentaire » de l'aide médicale. Mais face à la contestation émanant des professionnels de santé et des associations de soutien aux étrangers, aucun décret d'application ne paraîtra. L'année suivante, c'est cette fois l'accès à l'aide médicale qui est restreint<sup>8</sup> : la possibilité de pallier par une déclaration sur l'honneur l'absence des justificatifs (d'identité, de domiciliation, d'ancienneté de résidence et de ressources) est supprimée et la résidence en France doit désormais être ininterrompue durant au moins les trois mois précédant la demande. Depuis, resurgit périodiquement l'annonce par le gouvernement d'une réduction prochaine de la portée de l'aide médicale, via la suppression de sa part complémentaire.

Ces quinze dernières années ont ainsi été marquées par une spécification et une restriction progressives du droit à une couverture maladie des étrangers en situation irrégulière : exclusion de l'assurance maladie en 1993, isolement au sein de l'aide médicale en 1999, restriction de l'accès à cette dernière en 2003 et menaces renouvelées de limiter l'étendue de ses prestations.

Ces réformes ont éloigné l'aide médicale de son « milieu d'origine », l'Aide sociale et la santé publique. L'aide médicale est en effet un dispositif de l'Aide sociale, or plusieurs principes généraux de celle-ci ne lui sont plus applicables ; par ailleurs, alors qu'elle est la branche maladie de cette Aide sociale, les réformes sus-présentées ont des conséquences préjudiciables en termes de santé publique. Revenons sur cette double prise de distance, avant de discuter de son rapprochement d'avec les orientations des politiques d'immigration.

### ● À rebours des principes généraux de l'Aide sociale

L'aide médicale s'est progressivement émancipée des principes généraux de l'Aide sociale. Cette évolution s'est déroulée en deux phases.

#### *Première phase : la réforme de 1992 et la rénovation de 1999*

L'Aide sociale, contrairement à la Sécurité sociale, est un droit subjectif, c'est-à-dire qu'il est apprécié en fonction de la situation individuelle au lieu d'être défini de façon universelle selon une catégorie juridique ; une commission évalue le dossier de chaque requérant. Cette évaluation porte en particulier sur le besoin du requérant, une deuxième caractéristique de l'Aide sociale étant qu'elle est une aide spécialisée, rapportée à la notion de besoin. Elle doit permettre la disparition de ce besoin, de passer un cap difficile, rien de plus : elle est donc discontinue, forfaitaire. Mais la réforme de l'aide médicale, en 1992<sup>9</sup>, l'a éloignée de ce principe. Elle a en effet supprimé la condition de besoin (ici, de soins) et le passage par une commission (remplacée par un barème de ressources). Ainsi affranchie de la notion de besoin, l'aide médicale est désormais accordée pour une

durée d'un an (et non plus pour la durée des soins qui l'auraient justifiée) et pour toute la famille.

Un autre principe général à l'Aide sociale est que la compétence de l'État est limitée aux personnes sans domicile fixe, laissant le département de résidence assumer la charge des dépenses d'Aide sociale pour le reste de la population. Mais lors de l'instauration de la CMU en 1999, l'aide médicale a été rénovée : sa déclinaison départementale a été supprimée, seule celle d'État subsiste, c'est l'AME. L'État prend donc désormais en charge l'ensemble des personnes bénéficiaires de l'aide médicale, qu'elles aient ou non un domicile fixe, mettant ainsi fin à la variabilité interdépartementale des barèmes d'accès et des taux de prise en charge des dépenses de soins. Le rapprochement d'avec le « droit commun » est également souligné dans la dimension gestionnaire de l'aide médicale, puisqu'est instauré, toujours en 1999, le « guichet unique », c'est-à-dire que le principal lieu d'accueil des demandes d'aide médicale est désormais la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), où sont déjà déposées les demandes d'affiliation à l'assurance maladie.

Au total, trois caractéristiques distinguent désormais l'aide médicale du reste de l'Aide sociale : le droit à l'aide médicale est apprécié en fonction d'un barème (qui est de plus unique au niveau national) et non d'une évaluation subjective ; il n'y a plus besoin de justifier d'un besoin (de soins en l'occurrence) pour y prétendre (elle est préventive) ; la demande est déposée dans les CPAM, où elle est instruite.

Ces changements, qui représentent autant d'avancées du point de vue de l'efficacité du dispositif, s'inscrivent dans un mouvement plus général de lutte contre l'exclusion des soins, sur lequel on reviendra ci-dessous. Une partie des difficultés actuelles à l'application de l'aide médicale provient cependant de ce que certains agents des CPAM en charge de l'instruction des dossiers tiennent encore compte, à tort, des critères généraux de l'Aide sociale. Par exemple, ils n'accordent l'aide médicale qu'aux personnes attestant de leur besoin de soins (certificat médical, attestation d'hospitalisation) ; ou bien ils méconnaissent leur fonction de « guichet unique » et adressent les requérants vers des centres spécialisés ou les CCAS (Centres communaux d'action sociale)<sup>10</sup>.

### *Deuxième phase : l'après-1999*

L'émancipation des caractéristiques générales de l'Aide sociale se poursuit après 1999, alors que l'aide médicale n'est plus destinée qu'aux étrangers en situation irrégulière. La réforme de l'AME votée en 2003 est un moment clé car elle marque une rupture d'avec deux autres principes de l'Aide sociale<sup>11</sup>.

C'est d'abord la suppression de la possibilité de pallier l'absence des justificatifs par une déclaration sur l'honneur. Le principe déclaratif<sup>12</sup> est justifié par la précarité des conditions de vie du public concerné par l'Aide sociale. Il était tout particulièrement opportun pour la partie sans-papiers de ce public, en raison de l'absence de titre de séjour elle-même : celle-ci

10. E. CARDE, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 2, 2007, p. 99-110.

11. La mise en œuvre de cette rupture est précisée par le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005.

12. Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954.

empêche l'intéressé de fournir une fiche de salaire pour déclarer ses revenus (pas de droit au travail), un bail ou une facture d'eau pour prouver sa résidence et sa domiciliation, et même un certificat d'hébergement fait prendre des risques à celui qui le rédige (aide au séjour irrégulier) ; enfin les faibles ressources des sans-papiers ne leur permettent pas de faire traduire leurs justificatifs d'identité par des interprètes assermentés.

C'est ensuite l'exigence de la preuve de la résidence en France ininterrompue durant au moins les trois mois précédant la demande. Jusqu'alors, toute personne résidant en France pouvait bénéficier d'une prise en charge de ses soins au moins minimale par l'aide médicale, quelle que soit l'ancienneté de sa résidence ; un avis du Conseil d'État de 1981 précisait qu'il suffisait que celle-ci soit stable, c'est-à-dire que le requérant se trouve effectivement sur le territoire national et y « demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles ». Fait inédit dans l'histoire de l'Aide sociale, une partie des résidents en France ne peut donc plus, depuis 2003, prétendre à aucune forme de protection contre le risque maladie. Certes, ces résidents peuvent voir leurs soins hospitaliers, urgents et vitaux pris en charge par le « Fonds pour les soins urgents et vitaux<sup>13</sup> ». Mais cette possibilité de prise en charge ponctuelle ne garantit en rien la continuité des soins que seule peut permettre le droit à une couverture maladie.

Cette suppression de tout droit pour une partie de la population résidente s'est immédiatement traduite sur le terrain de l'accès aux soins. Ainsi, dans les consultations médicales gratuites, la proportion de personnes dépourvues de tout droit à une couverture maladie, parmi le public reçu, a brutalement augmenté entre 2003 et 2004, après l'ajout de la condition d'ancienneté de la résidence fin 2003 ; à la mission France de Médecins du monde par exemple, cette part est passée de 9 à 19 %, entre 2003 et 2004<sup>14</sup> (les 9 % d'avant la réforme étaient des personnes « de passage », ne résidant pas sur le territoire). Simultanément, le nombre de bénéficiaires de l'AME chutait de 14 % entre décembre 2003 et décembre 2004.

L'émancipation des caractéristiques générales de l'Aide sociale s'est donc poursuivie après que l'aide médicale soit devenue « la couverture maladie des sans-papiers ». Mais alors que la première phase de cette évolution avait pour objectif de faciliter son accès, cette seconde phase sert l'objectif opposé, en privant une partie de la population résidente en France de toute possibilité de prétendre à une couverture maladie.

## ● À contre-courant des politiques de santé publique

### *En contradiction avec la vocation universaliste de la couverture maladie*

Quand la Sécurité sociale est créée en 1945, l'activité professionnelle est la condition d'ouverture de droits<sup>15</sup>, ce qui exclut les personnes qui ne travaillent pas ou pas assez, et qui sont alors censées relever de l'assistance. Pour couvrir toute la population, il va donc falloir dépasser cette logique

13. Art. L254-1 du code de l'action sociale et des familles, commenté par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005.

14. Médecins du monde, *Rapport 2004 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*, Paris, 2005.

15. Sauf pour les allocations familiales et l'allocation aux vieux travailleurs salariés, versées dès 1946 indépendamment de cotisations préalables.

professionnelle et rattacher certaines des catégories au départ exclues (étudiants, chômeurs, retraités, prêtres, etc.). De 1945 à 1974, la Sécurité sociale est ainsi étendue à de nouvelles catégories pour tendre à couvrir toute la population. Ainsi par exemple, l'assurance maladie couvrait 50 % de la population en 1965, 98 % en 1980.

Mais à partir de 1975, la croissance du chômage conduit à l'émergence de la « nouvelle pauvreté ». La population concernée n'est prise en charge ni par la Sécurité sociale, ni par l'Aide sociale (celle-ci étant censée répondre à un besoin et une demande bien précis, alors que cette nouvelle pauvreté est multiforme). Une vaste politique d'aide et d'action sociales est mise en place. Des prestations non contributives sont créées : bien que versées par la Sécurité sociale, elles sont financées par l'État, sans condition de cotisation préalable.

La loi CMU votée en 1999 s'inscrit en continuité de cette évolution puisqu'elle ouvre aux non travailleurs une porte d'entrée à l'assurance maladie, sur critère de « résidence en France<sup>16</sup> », moyennant le paiement d'une cotisation pour ceux d'entre eux dont les revenus dépassent un certain seuil ; les autres sont dispensés de cotisation et peuvent en outre bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite (dite CMU complémentaire). La loi CMU entend ainsi intégrer dans le droit commun ceux qui étaient jusqu'à présent exclus de l'assurance maladie, constituant une étape majeure sur une série de réformes visant à faciliter l'accès à une couverture maladie pour les plus précaires des résidents. Elle est en effet précédée par la mise en place de l'assurance personnelle en 1978 (qui sera simplifiée en 1994) et les réformes de l'aide médicale en 1988 et 1992, et sera complétée par l'aménagement de plusieurs dispositifs successifs destinés à améliorer l'accès à une complémentaire santé pour les foyers dont les revenus sont faibles mais supérieurs au plafond ouvrant droit à la CMU complémentaire. Cette évolution de l'accès à une couverture maladie s'inscrit ainsi bien dans le mouvement plus général d'extension de la protection sociale rappelé ci-dessus, où l'imbrication de la logique de la Sécurité sociale à celle de l'Aide sociale doit permettre d'offrir une couverture au moins minimale au plus grand nombre des résidents.

Or au sein de cette évolution générale, le droit des plus précaires des résidents - à savoir les étrangers en situation irrégulière - se distingue par un mouvement inverse : leur accès à une protection sociale est, lui, progressivement restreint. Ainsi par exemple, les mesures mises en place par le gouvernement pour permettre l'accès à une complémentaire santé aux foyers ne pouvant prétendre à la CMU complémentaire démontrent qu'il a pris acte de l'importance de la couverture maladie complémentaire pour l'accès aux soins des personnes de faibles revenus (même si l'échec partiel des mesures prises est souligné sur le terrain)... accusant, ce faisant, l'inégalité de traitement entre sans-papiers et autres résidents, puisque la suppression de la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier pour les bénéficiaires de l'AME est une menace réitérée depuis la loi de finances rectificative pour 2002. Il y a de moins en moins d'exclus, mais ils sont plus exclus, constatent en substance les professionnels les prenant en charge<sup>17</sup>.

16. Affiliation sur critère de résidence « stable et régulière » (art. L380-1 du code de la Sécurité sociale)

17. D. MAILLE, A. VEISSE, « Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? », *La Revue du Praticien, médecine générale*, 14 (502), 2000, p. 1111-1114.



Sur le terrain de l'accès aux soins, l'évolution du profil des publics reçus dans les consultations médicales gratuites des associations atteste de cette exclusion accrue mais sélective. La part des étrangers en situation irrégulière y est croissante, les autres parties de la population (re)trouvant peu à peu le chemin du droit commun. À la mission France de Médecins du monde par exemple, 89 % des personnes reçues en 2007 étaient étrangères, contre 71 % en 1999 (les étrangers représentaient 5,6 % de la population résidant en France la même année) et un peu moins de 50 % en 1986. La plupart de ces étrangers n'ont pas de titre de séjour. De leur côté, les Français reçus sont non seulement de moins en moins nombreux (ils sont deux fois moins nombreux en 2007 qu'en 2000) mais aussi de mieux en mieux couverts<sup>18</sup>. Cette sur-représentation des étrangers est également remarquable dans les PASS (permanence d'accès aux soins de santé), dont ils constituent la moitié du public reçu<sup>19</sup>.

18. Médecins du monde, *Rapport 2007 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*, Paris, 2008, 256 p.

19. C. FABRE, V. BAUDOT, S. TOULEMONDE, *Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé. Rapport final*, Gres Médiation Santé, Toulouse, 2003.

### *Des effets préjudiciables pour la santé publique*

Analysons maintenant les réformes dont a fait l'objet l'AME depuis qu'elle est la couverture maladie des sans-papiers, c'est-à-dire après 1999, au prisme de trois objectifs généraux des politiques de santé : la maîtrise de la situation épidémiologique du pays, le bon fonctionnement du système de soins et la réduction du déficit budgétaire de la protection contre le risque maladie. On va voir que ces réformes se sont faites au détriment de ces trois objectifs.

Tout d'abord en effet, toute restriction (dans l'accès et/ou l'étendue des prestations) de la couverture maladie d'une population en situation de précarité - et incapable par conséquent de payer ses soins - comporte des risques épidémiologiques. C'est le cas en particulier de la propagation de maladies infectieuses non soignées, telles que par exemple la tuberculose, pathologie favorisée par la précarité des conditions de vie et dont la prévalence est particulièrement élevée dans la population étrangère.

Ensuite, cette même restriction perturbe le fonctionnement du système des soins, par le biais de la surcharge des seules structures restant accessibles aux exclus de la couverture maladie : urgences hospitalières, PASS et consultations gratuites des associations. La réforme de 2003 a ainsi suscité de vives réactions chez les responsables de ces structures : « Le législateur ne peut pas se défausser sur les associations, qui ne sont qu'un filet de sécurité » ; « On ne peut pas remplacer un système de soins par la charité »<sup>20</sup>. Les chiffres présentés ci-dessus attestent d'ailleurs de la concentration des étrangers en situation irrégulière dans ces structures.

Enfin, en rapport avec une préoccupation générale vis-à-vis du déficit budgétaire de la protection sociale, la réforme de l'AME de 2003 et chacun des projets de réforme qui l'ont suivie ont été justifiés, par le gouvernement, au nom d'un objectif de maîtrise de son budget. Pourtant l'absence de toute couverture maladie, ou simplement de sa part complémentaire, a pour effet de retarder le recours aux soins ; et les traitements retardés sont plus coûteux que les précoces car l'état de santé est plus dégradé. Le

20. F. JEANSON (présidente de Médecins du monde, juin 2004) et P. PELLOUX (président de l'Association des urgentistes, juin 2004) : témoignages cités dans *ASH*, 11 juin 2004, n° 2363.

« Fonds pour les soins urgents et vitaux » est alors plus à risque d'être sollicité... or les remboursements de soins qu'il octroie sont payés sur le budget de l'AME<sup>21</sup>. Ce dernier se trouve ainsi directement pénalisé par une réforme censée pourtant avoir l'effet inverse. Le Conseil d'administration de la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) avait d'ailleurs exprimé son opposition à la réforme de 2003<sup>22</sup>, estimant que ces nouvelles « conditions d'accès particulièrement complexes » allaient compromettre l'accès aux soins des personnes concernées et contrevenir « aux exigences élémentaires de santé publique et de sécurité sanitaire, sans garantir au demeurant aucune efficacité économique ». Un rapport avait enfoncé le clou en évaluant à près de trois millions d'euros le coût des effectifs nécessaires dans les CPAM pour l'application des nouvelles procédures administratives<sup>23</sup>.

### ● En cohérence avec les politiques d'immigration

L'évolution a été rapide : en 1993 est généralisé, au sein du droit de la protection sociale, un critère relatif au droit au séjour ; six ans plus tard, toute une catégorie du second (le séjour irrégulier) coïncide avec une catégorie du premier (l'aide médicale).

Cette coïncidence a des conséquences concrètes, sur le terrain de l'application du droit, lors de l'accès aux soins des sans-papiers. Parce qu'en effet ils cristallisent à la fois désormais les images négatives de l'« assistance » (ils sont, en matière de soins, les seuls bénéficiaires de l'Aide sociale) et de l'altérité illégale, « subie », (en tant qu'étrangers en situation irrégulière), les sans-papiers sont exposés à des pratiques discriminatoires, plus restrictives encore que celles prévues par le droit<sup>24</sup>.

Mais restons sur le terrain du politique, pour envisager les arguments au nom desquels est justifiée cette coïncidence entre droit au séjour et droit à la couverture maladie.

Ces arguments sont avant tout économiques. Avec le ralentissement de la croissance et l'envolée du chômage provoqués par le choc pétrolier de 1973, les étrangers font figure de concurrents indésirables sur un marché du travail devenu trop étroit, justifiant, selon les gouvernements successifs, que soient mises en place des politiques de maîtrise des flux migratoires. La protection sociale étant présentée comme un élément d'intégration pour les étrangers en situation régulière, mais aussi d'attraction pour les candidats à l'immigration, il faudrait en restreindre l'accès aux étrangers en situation irrégulière afin de limiter « l'effet d'appel d'air ».

Un autre élément du contexte, contemporain du précédent, est la progression de la consommation médicale au moment où la croissance du chômage se traduit par une diminution des ressources de l'assurance maladie, assises sur les cotisations salariales, et de l'aide médicale, financée par l'État. Une série de mesures ont ainsi été prises dans l'objectif de limiter le panier de soins pris en charge par la protection sociale (assurance maladie comme aide médicale) : déremboursement de certains médicaments, limitation des prises en charge à 100 % pour les affections longue durée, baisse des remboursements de l'assurance maladie à

21. E. GISSLER (dir.), J. AZOULAY, L. CHAMBAUD, D. CORLAY, H. HAVARD, P. SOURLAS, *Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État*, Paris, IGF-IGAS, 2007.

22. Avis rendu le 24 février 2004 au vu des projets de décrets.

23. Rapport rendu en 2004 par le directeur de la mission de coordination stratégique de la CNAM et qui restera confidentiel.

24. E. CARDE, « On ne laisse mourir personne. » Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 16, 2006, p. 57-80.

65 %, instauration du forfait de 1 euro par acte de soins, mise en place de la « franchise médicale », etc.

Or cet objectif, quand il se conjugue à celui de limiter l'appel d'air pour les candidats à l'immigration, justifie, dans les discours gouvernementaux, la volonté de diminuer prioritairement celles des dépenses de soins qui sont imputables aux étrangers en situation irrégulière : « Je le répète : on ne doit pas immigrer en France pour bénéficier d'aides sociales. Notre pays n'a pas vocation à être un guichet social universel. C'est pourquoi nous ne devons pas différer indéfiniment la réforme de l'aide médicale d'État. Il faut la réserver aux ressortissants étrangers vraiment nécessiteux. Il me paraîtrait tout à fait normal que les autres participent financièrement aux soins qui leur sont dispensés<sup>25</sup> ».

Revenons sur ces deux objectifs, la maîtrise du budget de la protection médicale et celle de l'appel d'air, et sur leurs justifications.

### *Réduire le déficit du budget de la protection contre le risque maladie*

On a présenté ci-dessus les doutes émis par de nombreux observateurs sur l'efficacité des mesures prises pour diminuer le coût de l'AME. Sont également contestés les deux présupposés qui sous-tendent ces mesures.

Le premier de ces présupposés est d'ordre économique : le budget de l'AME serait excessif en raison d'une part d'un coût par bénéficiaire de l'AME bien supérieur à celui par assuré social - ce dépassement étant lié une consommation de soins irresponsable par les premiers - et d'autre part d'un accès frauduleux à cette prestation. Ainsi, c'était pour « responsabiliser » les bénéficiaires de l'AME que la Commission des finances de l'Assemblée, dans son rapport pour le projet de loi de finances pour 2005, proposait de supprimer la prise en charge du ticket modérateur. Quant aux accusations de fraudes, elles s'inscrivent dans une tendance généralisée de suspicion croissante à l'égard des étrangers : multiplication des contrôles d'identité, modifications des règles du code civil pour contrer mariages blancs et paternités de complaisance, mise en doute des récits de « faux demandeurs d'asile », etc.<sup>26</sup>. En ce qui concerne l'AME, cette suspicion a justifié en 2003 la suppression de la possibilité de déclaration sur l'honneur et l'instauration du délai de résidence de trois mois (pour limiter le « tourisme pour soins ») et en 2008 la mise en place de titres d'admission non photocopiables.

Deux propositions de loi visant à réformer l'AME, déposées en 2004 et en 2007<sup>27</sup> ont également témoigné de cette surenchère dans la suspicion de fraude et de consommation irresponsable. Leurs auteurs entendaient mieux contrôler le budget de l'AME, un « gouffre financier », provoqué selon eux par « la croissance exponentielle des bénéficiaires de l'AME », qu'il convenait de maîtriser en luttant contre les demandes frauduleuses, et par « le coût particulièrement élevé des bénéficiaires de l'AME ». La proposition de 2007 indiquait ainsi une moyenne annuelle de 2 500 euros par bénéficiaire de l'AME, contre 1 500 euros pour un assuré du régime général, chiffres que ses auteurs prétendaient tenir d'un rapport IGF/IGAS (Ins-

25. N. SARKOZY, Conférence de presse du ministre de l'Intérieur, 11 janvier 2007.

26. C. RODIEZ, E. TERRAY (dir.), *Immigration : fantasmes et réalités ; pour une alternative à la fermeture des frontières*, Paris, La Découverte, 2008, 150 p.

27. Le 21 juillet 2004 (n° 1767) et le 5 décembre 2007 (n° 454), par les députés UMP C. GOASGUEN et T. MARIANI.

peption générale des finances/Inspection générale des affaires sociales)<sup>28</sup>. Or ces accusations de consommation excessive et d'accès frauduleux sont contestées depuis des années par les acteurs du milieu associatif – notamment quand ils soulignent l'inexactitude des chiffres avancés par le gouvernement pour évaluer le coût de l'AME<sup>29</sup> – ... mais également par les auteurs du rapport IGF/IGAS sus-cité. Revenons sur trois des arguments avancés par ces derniers.

D'abord, les fraudes dans l'accès à l'AME seraient limitées, grâce à la gestion rigoureuse de la prestation par les CPAM, et n'expliqueraient pas la hausse du nombre de bénéficiaires de ces dernières années. Cette hausse serait liée avant tout aux politiques menées en matière d'aide médicale et d'immigration. L'ajout de la condition d'ancienneté de résidence, fin 2003, a en effet été suivi d'une baisse de ce nombre (170 000 fin 2003, 146 000 fin 2004) ; puis l'accélération du traitement des demandes d'asile l'a fait remonter car le taux élevé de rejet a créé un afflux de déboutés relevant de l'AME (179 000 fin 2005, 191 000 fin 2006).

Ensuite, si le coût par bénéficiaire est effectivement supérieur pour l'AME que pour l'assurance maladie, ce dépassement serait bien moindre qu'annoncé par la proposition de loi : entre 1 800 € et 2 300 € pour les bénéficiaires de l'AME contre un peu moins de 1 800 € pour un assuré du régime général.

Enfin, ce dépassement s'expliquerait par un recours plus fréquent à l'hôpital public, lié d'une part à des difficultés d'accès à la médecine libérale (refus des médecins d'accepter ces malades en consultation) et d'autre part au besoin plus fréquent de soins hospitaliers (plus d'infections comme le VIH, l'hépatite C et la tuberculose, et plus d'accouchements). Il ne saurait donc être mis sur le compte du comportement irresponsable des bénéficiaires de l'AME.

Au total, pour expliquer le dépassement du coût prévisionnel par le coût réel de l'AME, chaque année, les auteurs mettent cause non pas une consommation irresponsable et un accès frauduleux, mais une sous-dotation systématique du budget voté pour l'AME, au regard de son coût réel prévisible. Ce rapport, dont les objectifs étaient, notamment, d'évaluer le coût réel du dispositif et d'étudier les conditions de sa gestion, prend ainsi le contre-pied des arguments avancés par le gouvernement pour justifier des réformes successives de l'AME.

Le second pré-supposé justifiant que soit réformée une AME censément trop onéreuse relève de l'équité : le droit de l'AME est régulièrement présenté comme plus généreux que celui de l'assurance maladie. Est par exemple régulièrement dénoncée la complémentaire gratuite dont est pourvue l'AME. « Aujourd'hui, un étranger en situation irrégulière a plus de droits aux soins gratuits qu'un smicard qui paie ses cotisations, ce n'est pas acceptable<sup>30</sup> ! » Cet argumentaire ne résiste pourtant guère à l'examen. Il consiste en effet à comparer deux populations de revenus différents (celle des « smicards » a des revenus supérieurs à celle des bénéficiaires de l'AME), alors que le bénéfice d'une couverture médicale sans condition de cotisation est soumis à un plafond de revenus. La popu-

28. E. GISSLER (dir), *ibid.*

29. Cf. par exemple D. MAILLE, A. TOULIER, P. VOLOVITCH, « L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 4, 2005, p. 543-554.

30. N. SARKOZY, *Le Figaro*, 30 juin 2005.

lation comparable à celle des bénéficiaires de l'AME est en réalité celle des bénéficiaires de la CMU, puisqu'ils sont soumis à la même condition de revenus (inférieurs à 606 euros par mois). Or non seulement la CMU offre elle aussi une couverture complémentaire gratuite, mais surtout cette dernière est plus confortable (panier de soins plus étoffé) et plus efficace en pratique (notamment car elle est moins exposée aux refus de soins par les médecins)<sup>31</sup>.

31. B. BOISGUERIN, B. HAURY, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *études et résultats*, n° 645, 2008.

Au total, les réformes successives de l'AME s'avèrent inadéquates pour atteindre l'objectif qui leur est officiellement fixé de réduction de son budget et plus largement du déficit du budget de la protection contre le risque maladie : tant pour leurs conséquences pratiques (aggravation de ce déficit par le biais d'un accès aux soins retardé) que pour leurs pré-supposés économiques et moraux, contredits par les faits (l'AME ne coûte pas si cher et elle ne favorise pas les sans-papiers aux dépens des autres résidents).

### *Juguler l'appel d'air*

Cet objectif peut lui aussi être invalidé, du point de vue tant de ses pré-supposés que du contenu concret des réformes censées l'atteindre.

D'aucun qualifie en effet de « fantasme » la venue des malades du Sud pour « profiter » de la couverture contre le risque maladie, arguant que la majorité des immigrants sont des personnes jeunes et en bonne santé et que les étrangers malades, suivis en France, n'ont souvent appris qu'une fois en France leur problème de santé. Ainsi par exemple, au sein du public reçu au Comede en 2008, le pourcentage de patients connaissant leur statut sérologique avant de venir en France, parmi l'ensemble des patients atteints, par infection, était de 6 % pour l'hépatite chronique B, 10 % pour l'hépatite chronique C, 6 % pour la tuberculose et 6 % pour le VIH-sida<sup>32</sup>.

32. COMEDE, *Rapport d'observation et d'activité 2008*, Paris, 2008.

Les enquêtes constatent par ailleurs les faibles taux de couverture des étrangers en situation irrégulière (même quand ils y ont droit), la méconnaissance de leurs droits expliquant pour partie ces taux, ce qui donne à réfléchir sur l'effet supposé attractif du système de protection sociale français. Ainsi par exemple, l'ouverture des droits était effective, parmi les patients pouvant y prétendre, chez 52 % des Français contre 15 % des étrangers accueillis en 2007 à la mission France de Médecins du monde. C'était le cas, en particulier, de seulement 11 % des étrangers relevant de l'AME. Et parmi les étrangers ayant des droits et vivant en France depuis plus de dix ans, seuls 39 % avaient des droits ouverts<sup>33</sup>. Notons en outre que l'écart entre droits théoriques et droits effectifs a été comparé auprès de la population étrangère en situation irrégulière reçue par Médecins du monde dans sept pays d'Europe de l'Ouest. C'est en France et en Belgique qu'il est le plus élevé, principalement par méconnaissance des intéressés de leurs droits<sup>34</sup>.

33. MÉDECINS DU MONDE, 2008, *ibid*.

34. MÉDECINS DU MONDE, *Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*, l'Observatoire européen de l'Accès aux soins de Médecins du monde, Paris, 2007.

Si donc on peut relativiser l'importance de l'attrait pour l'offre de soins et de protection sociale, parmi les motifs à l'immigration, on ne peut manquer de souligner celle des raisons économiques, politiques et familiales :

chercher un travail, fuir des violences, retrouver sa famille déjà immigrée. La restriction des droits sociaux des immigrés en situation irrégulière (soins, mais également hébergement d'urgence, scolarisation, etc.) n'est donc pas de nature à décourager les candidats à l'immigration.

Cette restriction profite cependant à certains secteurs professionnels, dont les importants besoins sont opportunément comblés par cette main-d'œuvre corvéable, constituant alors eux-mêmes des motifs d'immigration probablement plus puissants que l'offre sanitaire. Or les caisses de la Sécurité sociale sont privées des cotisations sociales qu'auraient pu verser ces étrangers s'ils n'avaient été contraints à travailler dans la clandestinité ; et le vieillissement de la population française, avec l'accélération des départs à la retraite, devrait rendre toujours plus aigu, dans les années à venir, ce « manque à gagner » pour le budget de la protection sociale. Là encore, parce qu'elles se donnent des objectifs contestables (réduire le « tourisme pour soins »), les politiques se révèlent délétères au regard des vrais enjeux de santé publique.

## ● Conclusion

L'instrumentalisation du droit à l'aide médicale aux fins de la politique d'immigration est énoncée ouvertement par les membres du gouvernement. Ainsi par exemple, les réformes de l'AME sus-citées, proposées en 2004 et 2007 par les députés Thierry Mariani et Claude Goasguen, comportaient notamment la création d'un fichier informatisé recensant les bénéficiaires afin de « donner des chiffres plus précis sur l'immigration ». Par ailleurs, le ministre de l'immigration Brice Hortefeux s'est, à plusieurs reprises<sup>35</sup>, réjoui de la baisse du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire, étayant son affirmation par la diminution du nombre de bénéficiaires de l'AME.

Cette instrumentalisation ne se limite pas à la couverture maladie, elle concerne plus généralement l'accès aux soins et la pratique médicale : pressions exercées sur les médecins inspecteurs de santé publique pour qu'ils limitent le nombre d'avis favorables à la délivrance de titres de séjour pour soins<sup>36</sup>, possibilité d'arrêter des étrangers au sein des structures de santé<sup>37</sup>, etc. En 2007, Médecins du monde dénonçait cette instrumentalisation dans une pétition intitulée « médecins et immigration, non aux liaisons dangereuses », qui citait également la réalisation de tests ADN pour restreindre le regroupement familial, le calcul de l'âge osseux pour exclure des adolescents de la protection de l'enfance et les expulser et l'invocation de la « raison sanitaire » pour évacuer des campements de fortune occupés par les Roms.

On a remarqué dans les lignes précédentes que les réformes dont a fait l'objet l'AME depuis qu'elle sert cette politique d'immigration ne semblent cependant pas pouvoir satisfaire à l'objectif qui leur est fixé, à savoir de contribuer à réduire l'attractivité de la France : si elles limitent le nombre de bénéficiaires de l'AME, elles ne limitent pas pour autant le nombre d'étrangers en situation irrégulière ; et si d'ailleurs les politiques d'immigration dictent les réformes de l'AME, il faut se garder de faire du nombre

35. Notamment dans un entretien le 19 janvier 2008 au *Figaro* et une déclaration à la presse le 13 janvier 2009.

36. Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers, *La régularisation pour raison médicale en France. Un bilan de santé alarmant*, Paris, 2008.

37. Circulaire du 21 février 2006 sur les conditions d'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales, NOR JUSD0630020C.

de bénéficiaires de l'AME un indicateur du nombre de sans-papiers présents sur le territoire, ne serait-ce qu'en raison de leurs difficultés croissantes d'accès à cette AME.

Ces réformes s'avèrent par ailleurs contre-productives en termes de santé publique, que l'on considère les indicateurs épidémiologiques, financiers, ou encore le fonctionnement du système de soins. S'affranchissant des principes de l'Aide sociale, droit accordé aux personnes en situation difficile, elles constituent enfin et surtout une atteinte majeure aux droits fondamentaux que la France s'est engagée à respecter dans des textes nationaux et internationaux<sup>38</sup>.

C'est alors plutôt sur le terrain sociologique que peut être recherchée leur raison d'être : l'insistante opposition assurés/assistés serait une façon policée d'exprimer le rejet de l'autre, le droit d'une population à une couverture maladie s'écrivant à l'aune de l'altérité qui lui est attribuée. La régression du droit des ressortissants communautaires, suite à l'entrée dans l'Union européenne de la Bulgarie et de la Roumanie, en est une illustration. Jusqu'alors, les ressortissants communautaires en remplissant les conditions relevaient de la CMU. Mais au lendemain du 1<sup>er</sup> janvier 2007, certaines CPAM n'ont pu se résoudre à accorder une telle intégration sociale à des Roms, populations notoirement marginalisées, rejetées et discriminées, mais qui désormais n'étaient plus des sans-papiers. Après plusieurs mois de blocages et de tergiversations, une circulaire<sup>39</sup> est venue préciser que les communautaires inactifs relevaient dorénavant, sauf circonstances exceptionnelles, de l'AME. L'ensemble des communautaires étaient concernés, mais c'était semble-t-il « le prix à payer » pour pouvoir garder les Roms à distance d'une légitimité juridique perçue comme incompatible avec l'altérité qu'ils sont censés représenter. ●

38. E. CARDE, « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé Publique*, 3, 2009 (à paraître).

39. Circulaire n° DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007.