



Conseil national du sida
et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
T. +33(0)1 40 56 68 50
www.cns.sante.fr

Monsieur Emmanuel Macron
Président de la République

Palais de l'Élysée
55 rue du Faubourg Saint Honoré
75008 PARIS

Paris, le 13 octobre 2023

Monsieur le Président de la République,

Président :

Patrick Yen

Vice-présidente:

Carine Favier

Membres:

Mounira Amor-Guéret

Philippe Artières

Nathalie Bajos

Christine Bonfanti-Dossat

Bruno Cazin

Michel Chassang

Christiane Coudrier

Arthur Delaporte

Marc Dixneuf

Hugues Fischer

Thierry Foulquier-Gazagnes

Samir Hamamah

Florence Jusot

Valérie Lacroix

Olivier Maguet

Valérie Peugeot

Marie Préau

Pascal Pugliese

Georgia Roehrich

Christine Rouzioux

Romain Sicot

Christine Silvain

Liliane Vana

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a l'honneur de vous alerter, dans cette lettre ouverte, sur les conséquences que pourraient avoir la restriction des droits à l'aide médicale d'Etat (AME) et sa transformation en aide médicale d'urgence discutées actuellement au Parlement. Attentif depuis sa création en 1989 à la santé des populations résidant en France et à ce titre à celle des populations migrantes, le CNS rappelle l'importance de l'AME dans la lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales, alors même que la France s'est engagée à mettre fin aux épidémies d'infection par le VIH d'ici 2030 et à celle d'hépatite C d'ici 2025. Il souhaite ici apporter des constats et des éléments chiffrés à l'appui de son alerte.

L'AME de droit commun est une prestation sociale non-contributive de l'Etat destinée à assurer la protection de la santé des personnes étrangères en situation irrégulière. Sous conditions de ressources et de résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, elle ouvre droit pour une année à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Outre l'AME de droit commun, une AME dédiée à la couverture des soins urgents et vitaux pour les patients étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME de droit commun est ouverte ainsi qu'une AME prévue dans des situations spécifiques pour couvrir les prescriptions des étrangers placés dans les locaux et centres de rétention administrative ainsi que des dépenses correspondant à la prise en charge à titre humanitaire pour des personnes présentes sur le territoire français mais ne disposant pas du statut de résident.

Au 30 septembre 2022, 403 144 personnes bénéficiaient de l'AME de droit commun. En incluant les bénéficiaires de l'AME soins urgents, le nombre total de bénéficiaires atteignait 415 000 personnes. Le montant de la dépense d'AME de droit commun s'est élevé à 968 millions d'euros en 2022, celui de l'AME pour soins urgents à 86 millions d'euros et celui de l'AME à titre humanitaire à 0,5 million d'euros. En incluant les frais de gestion de l'AME estimés à 8% de la dépense totale par une mission de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales en 2019 ainsi que les créances irrécouvrables des hôpitaux estimées à 8% de la dépense hospitalière par la même mission, le coût total de l'AME avoisinerait en 2022 1 186 millions d'euros. Dans le projet de loi de finances pour 2024, la contribution du ministère de la Santé à l'AME s'élève à 1,2 milliard d'euros, soit un montant stable par rapport à l'année précédente (1,2 milliard d'euros en 2023).

Les dépenses d'AME constituent une part infime des dépenses de santé effectuées sur le territoire national, soit 0,37% de la dépense courante de santé au sens international¹ en 2022. Par ailleurs, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'AME, qui atteignait 2 800 euros en 2022, reste très inférieure à la dépense courante de santé par habitant établie à 4 600 euros pour cette même année.

La progression relative des dépenses d'AME (+3,5% au cours de la période 2014-2019, + 7% en 2021, +2% en 2022) est corrélée à l'augmentation du prix des prestations de santé et hospitalières et à la hausse du nombre de bénéficiaires de la prise en charge. Il est à noter que la hausse du nombre de personnes prises en charge au titre de l'AME, plus marquée en 2020, peut également être liée à des évolutions réglementaires restrictives qui ont pris effet la même année et ont eu pour conséquence de renvoyer sur l'AME des populations bénéficiant jusque-là de l'affiliation à l'assurance maladie de droit commun. Il en est ainsi de l'instauration d'un délai de trois mois pour l'affiliation à l'assurance maladie des demandeurs d'asile et de la réduction de douze à six mois du maintien de droit à la protection universelle maladie (PUMa) lorsque les conditions de régularité de séjour ne sont plus remplies.

Plus largement, l'accroissement des effectifs des personnes prises en charge au titre de l'AME pourrait traduire l'augmentation du nombre de personnes éligibles et la hausse du taux de recours à la prestation sociale. En réalité, le taux de recours à cette prestation demeure bas d'après les estimations : en 2019, seules 51% des personnes éligibles bénéficiaient de l'AME, selon l'enquête Premiers pas réalisée en 2019 par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) à partir d'un échantillon de 1 223 personnes. Les obstacles réglementaires mais aussi matériels à l'acquisition de l'AME, pointés notamment par le Défenseur des droits dans un rapport sur les personnes malades étrangères en 2019, peuvent expliquer le taux élevé de non-recours.

En outre, les étrangers en situation irrégulière recourent aux soins avec retard : dans les 14 Centres d'accès aux soins et d'orientation (CASO) de l'association Médecins du monde, 52% de ceux d'entre eux reçus en consultation en 2021 présentaient un retard de recours aux soins et 40% un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente. Plusieurs études ont montré que des restrictions dans la prise en charge des étrangers en situation irrégulière (y compris de l'infection par le VIH), entraînent des dépenses de

¹ La dépense de santé au sens international couvre le champ des consommations réalisées en France par les assurés sociaux et les personnes prises en charge au titre de l'AME ainsi que les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance du système de santé.

santé supérieures à celles générées par une prévention ou une prise en charge précoce.

Enfin, les personnes prises en charge au titre de l'AME sont confrontées à des refus de soins dans des proportions importantes. La probabilité d'obtention d'un rendez-vous médical ferme chez un médecin généraliste n'est que d'un tiers pour les patients bénéficiaires de l'AME selon une étude de la DREES parue en 2023 qui a mesuré l'existence de discriminations lors de la prise de rendez-vous médical de bénéficiaires de prestations non-contributives pour un motif non-urgent.

Dans ce contexte de recours limité aux droits et aux soins, la restriction des crédits affectés à l'AME, voire sa transformation en aide médicale d'urgence, dégraderait davantage l'accès à la prise en charge médicale des personnes étrangères en situation irrégulière, déjà insatisfaisante. Or l'AME contribue à renforcer l'intégration des personnes étrangères en situation irrégulière dans le système de santé. Une étude parue en 2023 et réalisée à partir des données de l'enquête Premiers pas de l'Ides, a montré que, quand la durée de la couverture par l'AME augmente, les personnes prises en charge substituent progressivement les cabinets médicaux et les centres de santé aux lieux dédiés aux populations vulnérables comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les centres de santé associatifs, permettant un meilleur suivi en particulier des pathologies chroniques. Cette étude a également montré que, chez les personnes sans titre de séjour présentes depuis plus d'un an sur le sol français, l'AME est associée à un recours aux soins plus fréquent que celui des personnes éligibles, mais non couvertes par l'AME.

Des expériences étrangères ont souligné que la restriction de la couverture santé des personnes migrantes est susceptible de limiter leur accès aux structures de soins et d'altérer leur santé. En Espagne, le Centre de recherche en santé et en économie de Barcelone a montré que la suppression en 2012 de la couverture santé des étrangers en situation irrégulière, remplacée par une aide d'urgence, a induit lors des trois premières années de mise en œuvre une augmentation du taux de mortalité mensuelle des étrangers en situation irrégulière. La mesure de restriction a alors été abandonnée par le gouvernement espagnol en 2018.

S'agissant plus spécifiquement des maladies transmissibles, la restriction de l'AME pourrait affaiblir significativement la riposte aux épidémies qui affectent particulièrement les personnes migrantes. En 2021, selon Santé Publique France (SpF), 51% des nouvelles découvertes de séropositivité au VIH concernaient des personnes nées à l'étranger qui, pour une grande partie d'entre elles, ont contracté l'infection après être arrivées sur le territoire national. Dans l'étude Ganymède conduite par l'ANRS | Maladies infectieuses émergentes auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, vivant avec le VIH et nés à l'étranger, 47 % d'entre eux ont contracté l'infection après leur arrivée en France. En outre, les personnes nées à l'étranger sont dépistées plus tardivement : en 2021, la part des diagnostics précoces relevés par SpF était moins élevée chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France.

Les personnes migrantes sont aussi particulièrement affectées par les hépatites B et C. Selon les données présentées par SpF en 2022, près de 60% des personnes atteintes d'une hépatite B aiguë, et dont le cas a été déclaré entre 2014 et 2021, étaient nées à l'étranger. Les données de surveillance issues de consultations des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) en 2021 ont montré que le taux de positivité de l'hépatite B des personnes testées était plus de 20 fois plus élevé chez les consultants nés

à l'étranger que chez ceux nés en France. Selon ces mêmes données, le taux de positivité de l'hépatite C était trois fois plus élevé chez les consultants nés à l'étranger que chez ceux nés en France.

En regard de ces caractéristiques épidémiques et de la situation de vulnérabilité des personnes nées à l'étranger, notamment à leur arrivée en France, la restriction d'accès à l'AME peut entraîner des pertes de chance dans l'accès à la prévention, au dépistage, à la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition du VIH (PrEP) et, pour les personnes infectées, au traitement du VIH qui permet de ne plus transmettre le virus. En outre, le moindre accès à la prévention et aux soins contribuerait à majorer le risque d'aggravation épidémique chez l'ensemble des personnes vivant en France.

Outre le VIH, les hépatites et les IST, un accès restreint à la santé des étrangers en situation irrégulière retarderait notamment le rattrapage vaccinal de la rougeole et favoriserait le dépistage tardif de la tuberculose. Il contribuerait par ailleurs à retarder le repérage et la prise en charge d'autres pathologies, comme les troubles psychiques, notamment psycho-traumatiques. De façon générale, la restriction d'accès pourrait avoir une incidence sur la disponibilité de l'offre de soins accessible aux populations vulnérables comme les PASS ou les urgences hospitalières qui peuvent subir déjà localement des tensions ou des saturations. Aussi, l'incidence actuelle du VIH et des hépatites virales justifie de réaffirmer la nécessité de renforcer significativement la prévention, le dépistage et l'accès au traitement au bénéfice des personnes migrantes en favorisant l'intégration des personnes étrangères en situation irrégulière dans le système de santé dans le cadre d'une protection maladie non soumise à des restrictions répétées.

Enfin, la restriction de l'AME entrerait en contradiction avec les objectifs de santé publique auxquels la France s'est engagée aux plans national et international. Les lignes directrices fixées par l'ONUSIDA visant à mettre fin à l'épidémie d'infection par le VIH à l'horizon 2030 ne pourraient être atteintes. L'accès universel à la prévention, au dépistage et aux traitements antirétroviraux pour toutes les personnes vivant avec le VIH ou susceptibles d'y être particulièrement exposées, demeure la condition pour parvenir à réduire efficacement le nombre de nouvelles transmissions. Par ailleurs, la stratégie d'élimination de l'épidémie d'infections par le VHC en France à l'horizon 2025 serait également compromise.

Dans ce contexte, au moment où le projet de loi de finances pour 2024 est examiné par l'Assemblée nationale, le Conseil souhaite réaffirmer le principe intangible d'accès universel à la prévention et aux soins et la nécessité d'une action publique qui soit respectueuse de la protection de la santé des personnes, efficace du point de vue de la santé publique et cohérente avec les efforts engagés jusqu'à présent par la France dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président de la République, l'expression de ma très haute considération.



Patrick Yeni
Président du CNS