

## L'aide Médicale d'État est un droit légitime

### Plaidoyer pour le maintien de l'AME





#### Table des matières

Ρı	ésentation	3
I)	Plaidoyer pour le maintien de l'Aide Médicale d'Etat	4
	Qu'est-ce que l'AME ?	4
	Pourquoi l'AME est-elle si précieuse pour la santé publique ?	5
	La suppression de l'AME permettrait-elle vraiment de faire des économies ?	6
	La suppression de l'AME : un risque pour le bon fonctionnement de l'hôpital public et pour le b être des professionnels/ les de santé	ien- 7
	L'AME, véhicule du « tourisme médical » ?	9
	Une aide sociale qui donne « trop » d'avantages aux sans-papiers au détriment des français ?	10
II)	Etude qualitative sur les situations, les connaissances et les usages des bénéficiaires de l'AME 12	
	Quels problèmes de santé ?	13
	Quelles connaissances de l'AME ?	14
	Quelle utilisation de l'AME et quels effets sur leur santé ?	17
C	onclusion	24
Bi	bliographie	26
Α	nnexes	29
	Golé, malien de 29 ans, souffrant de rhumatismes, demande l'AME	29
	Danielle, brésilienne mère de deux enfants et épileptique, dont le renouvellement de l'AME a é classé sans suite	té 30
	Jihed, algérien de 43 ans, vient d'avoir l'AME après un parcours migratoire très long et difficile	31
	Marie, ivoirienne de 41 ans, a été soignée de plusieurs maladies grâce à l'AME	32
	Gabriella, colombienne de 38 ans, souffre de lupus mais n'est pas éligible à l'AME car travaille é dépasse les plafonds	et 33
	Rokhaya, mauritanienne de 64 ans, souffre d'un cancer du côlon, s'est vue refusée l'AME.	34
	Omar, marocain de 38 ans, est venu en France pour soigner ses lymphomes	35
	Claire, ivoirienne de 50 ans, souffrant de problèmes respiratoires et d'ulcères à l'estomac, béné de l'AME.	ficie 36
	Brahim, malien de 35 ans, présente plusieurs problèmes de santé liés à sa condition précaire et irrégulière, bénéficie de l'AME	37
	Alana, colombienne de 40 ans, présente des douleurs osseuses pour lesquelles elle est suivie et traitée grâce à l'AME	38
	Zoumana, ivoirien de 61 ans, souffre d'hypertension, qu'il parvient à contrôler grâce à l'AME	39



#### **Présentation**

A chaque élection présidentielle la question de l'immigration prend le devant dans les débats et les prises de positions politiques. Celle de 2022 le montre avec plus d'acuité. Parmi les mesures prioritaires prônées par certains candidats, on retrouve notamment la restriction des aides sociales aux seuls français au nom de la préférence nationale, l'expulsion des demandeurs d'asile déboutés dans un délai de deux semaines, la suppression de l'Aide Médicale d'État (AME) ou sa limitation aux urgences médicales. Or cette dernière mesure est particulièrement inquiétante pour des raisons de santé publique, d'économie de la sécurité sociale, et par son non-respect des droits humains des personnes concernées dans un État de droit.

Le présent plaidoyer expose les enjeux concernant l'Aide Médicale d'État et des arguments objectifs montrant la nécessité de maintenir et de préserver l'Aide Médicale d'État. Seront présentés, par la suite, les résultats de l'étude qualitative réalisée par Migrations Santé sur la base de onze entretiens semi-directifs avec des personnes « sans-papiers » qui demandent l'AME, en bénéficient ou s'en sont vus refuser l'accès.



« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1946.

#### I) Plaidoyer pour le maintien de l'Aide Médicale d'Etat

#### Qu'est-ce que l'AME?

La réforme de la couverture universelle promulguée le 27 juillet 1999, a été la conséquence des luttes associatives pour la généralisation de l'assurance maladie à tout le monde, actifs ou inactifs, français comme étrangers, car l'accès au système de santé et aux dispositifs de soins est un droit inaliénable stipulé par la Déclaration universelle des droits de l'Homme. L'aide Médicale d'État fait partie de cette réforme qui inclut les étrangers « sans-papiers » dans le système de soins. Elle continue à faire partie des différents dispositifs d'accès aux soins comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire... C'est une politique de santé et de lutte contre l'exclusion permettant aux sans-papiers d'avoir accès à des soins gratuitement, sous condition de vivre en France de manière régulière depuis plus de trois mois et de toucher moins de 9203€ par an (soit 767€ par mois au 1er avril 2022). Elle prend en charge des soins médicaux de base et la maternité. Elle ne prend pas en charge les cures thermales, la procréation médicalement assistée, les examens de prévention bucco-dentaires pour les enfants, les frais d'hébergement et de traitement des enfants et adolescents handicapés, les indemnités journalières et certains médicaments (Geisser, 2019). Depuis la création de l'AME, des

informations douteuses sont véhiculées par la propagande de différents partis politiques sur

son coût, les droits qu'elle ouvrirait, son utilisation et les motivations de ses bénéficiaires...

Ainsi avant chaque nouvelle élection présidentielle, son existence est menacée (Médecins du

Monde, 2017). Sous le gouvernement actuel, en 2019, les conditions d'accès à l'AME ont été

durcies sous prétexte de limiter les fraudes. Un délai de carence de trois mois après l'arrivée sur

le territoire a été imposé et le maintien des droits après la perte de la situation régulière (refus

de la demande d'asile, fin du titre de séjour) est passé de douze à six mois. Aujourd'hui, l'AME

est de plus en plus présente dans les débats politiques, avec certains candidats aux élections

présidentielles qui veulent la supprimer ou la limiter aux urgences.

La France est l'un des rares pays au monde à intégrer les étrangers en situation irrégulière dans

son système de santé publique. Ce caractère universel lui vaut d'être reconnue par la

communauté internationale comme étant l'un des pays offrant les meilleurs services de santé

publique au monde. Cette mesure a d'ailleurs inspiré d'autres pays européens qui, après avoir

ouvert les soins urgents aux sans-papiers, leur ont aussi ouvert l'accès à des généralistes et des

spécialistes (Cousin, 2019).

Pourquoi l'AME est-elle si précieuse pour la santé publique ?

De par des conditions de vie précaires, une mauvaise alimentation, la vie à la rue ou encore des

blessures causées par la situation dans le pays d'origine ou par le parcours migratoire, les

pathologies graves sont surreprésentées chez les bénéficiaires de l'AME. Une étude faite sur les

bénéficiaires de l'AME hospitalisés montre qu'ils ont des pathologies similaires à celles des

assurés sociaux, avec une prévalence plus élevée concernant le VIH, l'hépatite C et la

tuberculose (Geisser, 2019).

Il est très difficile d'avoir des données chiffrées concernant les bénéficiaires de l'AME, sur leurs

réels besoins en matière de soins et l'efficacité de l'aide sociale santé, car très peu d'études sont

réalisées à ce propos (Le Planning Familial, 2019). Une étude faite en Espagne, démontre

qu'après la suppression de l'accès aux soins universels pour les migrants en 2012, la mortalité



des populations migrantes, dans les trois années suivantes, a augmenté de 15% (Juanmarti Mestres et al., 2021). L'Aide Médicale d'État est avant tout un outil de santé publique, permettant de limiter le taux de mortalité et de maintenir une bonne santé des personnes en situation de précarité, mais aussi, plus largement, des personnes qui vivent sur le territoire français. L'épidémie de la Covid-19 nous a rappelé que la mauvaise santé des uns entraîne la mauvaise santé des autres. Donner à toutes et tous l'accès à un traitement permet alors de limiter les contagions et de maintenir la bonne santé de la population globale.

Prenons l'exemple de la Tuberculose ; cette maladie contagieuse a durement touché les pays occidentaux au XIXe siècle. Aujourd'hui, même si on ne le voit pas, il existe toujours des cas de tuberculose en France, et parmi ces cas, on retrouve beaucoup de personnes migrantes, notamment en situation irrégulière. Selon Santé Publique France, les populations touchées sont effectivement les personnes sans domicile fixe, les personnes nées à l'étranger et les personnes détenues (Santé Publique France, 2021), ce qui s'explique par le fait que les facteurs de la maladie soient liés à la précarité (malnutrition, déficience immunitaire, la promiscuité...). Si nous ne dépistons pas et ne traitons pas ces personnes précaires, tout d'abord elles ne pourront pas guérir de la maladie (qui est pourtant facilement traitable par antibiotiques et à moindre coût), et le risque d'augmenter la contagion. L'Aide Médicale d'État permet alors d'éviter ce scénario en prenant en charge le traitement des personnes précaires souffrant de la tuberculose.

#### La suppression de l'AME permettrait-elle vraiment de faire des économies ?

La question des coûts générés par l'AME est posée constamment dans le débat public. Pour 2022, le projet de loi de finances prévoit un budget d'un milliard d'euros, soit moins de 0,5 % des 200 milliards d'euros de dépenses de l'Assurance Maladie (Boitiaux, 2020). Pour réduire ces dépenses, plusieurs candidats aux élections présidentielles de 2022 proposent de limiter les soins aux personnes « sans-papiers » uniquement aux urgences. Or, cette mesure risquerait de rendre encore plus conséquentes les dépenses pour soigner les personnes en situation irrégulière. Une étude de l'Université d'Amsterdam portant sur la situation en Allemagne (entre 1994 et 2013), qui a décidé de limiter la prise en charge des sans-papiers aux urgences et aux



maladies graves, a montré que les prises en charge ont finalement coûtés plus cher (Bozorgmehr et al, 2015). En effet, si les pathologies ne sont pas détectées et traitées dès les premiers signes, la maladie deviendra grave et/ou chronique, et les dépenses pour la prendre en charge seront beaucoup plus conséquentes. Les dépenses des « urgences » recouvrant ces maladies graves risquent alors d'être supérieures aux dépenses des problèmes de santé plus générales, même si ces dernières touchent plus de monde. L'Assurance Maladie elle-même estime qu'il faut davantage développer des objectifs de prévention dans sa stratégie d'analyse des coûts (Le Quotidien du Médecin, 2013).

Si on prend les chiffres de 2019 (Geisser, 2019, le montant moyen annuel par bénéficiaire de l'AME s'élève à 3 500 euros (comme la population générale). Si on les compare, avec les chiffres de 2014 (André, Combes, 2019), on constate que 75% des bénéficiaires ont coûté moins de 1 000 euros et que 3% ont coûté plus de 1 000 euros. Alors que 24% ont couté 3 500 euros, ce qui explique pourquoi le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les bénéficiaires de l'AME que chez la population générale. Le coût d'hospitalisation de la population représente 50% des dépenses de l'assurance maladie, alors que celui des bénéficiaires de l'AME représente 70 % des dépenses de l'AME. Cela montre bien que l'AME permet de prendre en charge des pathologies lourdes et de sauver des vies humaines. À partir de ces données on peut comprendre pourquoi les bénéficiaires de l'AME, qui n'ont pas accès aux soins de premier recours (médecine de ville, examens de prévention) sont dans une situation sanitaire qui entraine souvent des pathologies lourdes. Si on limite l'AME aux urgences médicales, alors les états de santé nécessitant des hospitalisations, qui sont déjà sur-représentés chez cette population, le seront encore plus et renforcera les inégalités de santé

La suppression de l'AME : un risque pour le bon fonctionnement de l'hôpital public et pour le bien-être des professionnels/ les de santé

Comme le rappelle l'Académie nationale de médecine, réduire l'accès à l'AME aux urgences « participera à l'engorgement des services d'urgences par des situations cliniques évitables »

(La Dépêche, 2021). La suppression de l'AME pourrait aussi participer à l'engorgement des

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui sont des dispositifs de prise en charge

médico-sociale des personnes qui n'ont aucune couverture maladie. Situées au sein de l'hôpital,

ces services donnent un accès à une consultation médicale, à certains traitements et à un

accompagnement social. Pendant la cinquième vague de l'épidémie de covid19, les PASS d'Ile-

de-France étaient toutes surchargées. Certaines en venaient même à ne prendre en charge que

des patients souffrant des complications de la Covid-19, et à refuser tous les autres. Sachant

que la plupart des patients suivis en PASS sont en situation irrégulière, cet « épisode cinquième

vague » donne un aperçu de ce qui pourrait se passer dans les hôpitaux avec la suppression de

l'AME.

Les professionnels de terrains sont démunis face à ces situations complexes, avec des pathologies

qui se développent lors de l'arrivée sur le territoire. Le serment d'Hippocrate déclare bien

« J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur

intégrité ou leur dignité ». Diverses chartes ou encore les codes de déontologie des

professionnels/les de santé relatent cette notion d'éthique. La limitation de l'accès à l'AME, ne

touche pas seulement les personnes précaires mais touche à notre dignité humaine. L'accès à la

santé, est un droit fondamental et commun à tous, qui permet de remplir les devoirs citoyens.

Ces dissonances cognitives auxquelles sont confrontées les professionnels de santé et les acteurs

de terrain, aujourd'hui, créent des tensions entre ce qu'ils apprennent (serment d'Hippocrate,

code de déontologie, leurs valeurs humaines, leurs dignités) et les politiques publiques

menaçants la vie de personnes en situation de précarité. Le durcissement des procédés d'accès

aux soins des étrangers en situation irrégulière réduit les interventions des professionnels de

santé qui « s'investissent d'une manière individuelle qui déborde leurs actions obligations

professionnelles » (Hachimi, Nacu, 2010).



#### L'AME, véhicule du « tourisme médical »?

Dans les discours des politiques hostiles à l'AME, on retrouve aussi souvent l'argument du « tourisme médical » : les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État seraient venus en France pour se soigner, et cette aide sociale créerait un « appel d'air ». À rappeler à cet effet, que selon une étude de l'IRDES datant de 2019, la moitié des étrangers en situation irrégulière nécessitant des soins n'ont aucune couverture maladie, alors qu'ils sont éligibles à l'AME. Cette étude montre que même après cinq années de vie en France, 35 % n'ont pas l'AME (Justot et al., 2019). Une étude réalisée sur les usagers du CASO (centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement de Médecins du Monde) montre que seulement 15% des patients éligibles à l'AME en disposent (rapport de l'observation de l'accès aux droits et aux soins de l'association Médecins du monde pour l'activité 2018). Migrations Santé a aussi fait le même constat, notamment dans un accueil de jour de la Croix-Rouge en Seine-et- Marne (77) où les usagers ne connaissent pas dans leur majorité l'AME, même s'ils sont en France depuis plusieurs années. Des chiffres de Médecins du Monde se basant sur un questionnaire adressé à des migrants sur les raisons de leur migration, montrent que 56% d'entre eux ont quitté leur pays pour des raisons économiques, 26% pour des raisons d'ordre politique, religieuse ou ethnique et seulement 6% pour des raisons de santé (Chauvin, Parizot, Simonnot, 2009). Les données de 2017 du COMEDE (Comité Médical pour les Exilés) indiquent que 68% de leurs bénéficiaires découvrent leur pathologie après leur arrivée en France (rapport d'observations et d'activités pour 2017). L'argument du tourisme médical n'est donc pas valable, les primo-arrivants dans leur quasi-totalité ne connaissent pas l'AME, et s'ils viennent en France, c'est uniquement pour des raisons économiques ou politiques. À signaler que pour les personnes étrangères qui veulent venir en France pour se faire soigner, car elles n'ont pas accès aux traitements nécessaires dans leur pays, il existe le titre de séjour pour étranger malade, qui n'a rien à voir avec l'AME.

Les personnes migrantes sont en général en bonne santé, ou toutefois en meilleure santé que la population de leur pays d'origine, c'est ce qu'on appelle le « healthy migrant effect » (Geisser, 2019). Se projeter dans un parcours migratoire long et éprouvant demande un bon état de santé

**Migrations** 

physique et mental. Ce sont les traumatismes vécus dans le parcours migratoire et la grande

précarité face à laquelle ils sont confrontés lors de leur arrivée qui détériorent leur état de santé.

Une aide sociale qui donne « trop » d'avantages aux sans-papiers au détriment des

français?

Les discours des partis politiques favorables à la suppression de l'AME avancent l'idée que l'AME

donne des droits indécents aux sans-papiers, alors que les Français doivent se « débrouiller »

pour avoir accès à la santé. Il faut rappeler que l'attribution de l'AME ne se base pas que sur

l'absence de papiers mais aussi sur les revenus, car elle vise avant tout à garantir l'accès aux

soins aux personnes précaires. Grâce à la CSS (Complémentaire Santé Solidaire, anciennement

CMU) ou l'AME, toute personne qui touche moins de 9 203 euros par an, qu'elle soit française

ou étrangère, régularisée ou non, a droit à une couverture maladie.

La CSS, réservée aux français ou aux étrangers régularisés, présente plus d'avantages que l'AME.

Il est plus simple pour les bénéficiaires de la CSS de faire un bilan santé, étant donné que les

centres d'examens de prévention santé de l'assurance maladie n'acceptent pas les bénéficiaires

de l'AME. L'accès à la CSS est plus souple que l'AME au regard des revenus. Une personne qui

dépasse un peu le plafond de 9 203 € annuel pourra bénéficier de la CSS avec une petite

participation financière, alors que ce cela n'est pas possible pour l'AME.

Certains discours avancent aussi l'idée que les bénéficiaires de l'AME « abuseraient » de leurs

droits en utilisant à outrance leur carte. Ce qui est faux car le panier de soins qu'ouvre l'AME

est réduit : certains soins remboursés par le régime de base (par la carte vitale) ne le sont pas

par l'AME. De plus, certains professionnels de santé refusent l'AME ou bien n'en acceptent que

jusqu'à un certain quota. En 2013, un « test discriminatoire » réalisé par le Défenseur des droits



a révélé que l'accès aux droits aux soins était difficile pour les personnes précaires couvertes par l'AME et la CSS (Défenseur des droits, 2014). Les bénéficiaires de l'AME sont donc freinés dans leur consommation de soins et peuvent difficilement « abuser » de leurs droits.



# II) Etude qualitative sur les situations, les connaissances et les usages des bénéficiaires de l'AME

Ci-dessous la présentation des cas de onze personnes « sans-papiers » aux situations hétérogènes vis-à-vis de l'AME :

- Golé, Malien de 29 ans, souffrant de rhumatismes, demande l'AME
- Danielle, Brésilienne mère de deux enfants et épileptique, dont le renouvellement de l'AME a été classé sans suite
- Jihed, Algérien de 43 ans, vient d'avoir l'AME après un parcours migratoire très long et difficile
- Marie, Ivoirienne de 41 ans, a été soignée de plusieurs maladies grâce à l'AME
- Gabriella, Colombienne de 38 ans, souffre de lupus mais n'est pas éligible à l'AME car travaille et dépasse les plafonds
- Rokhaya, Mauritanienne de 64 ans, souffre d'un cancer du côlon, s'est vue refuser l'AME
- Omar, Marocain de 38 ans, est venu en France pour soigner ses lymphomes
- Claire, Ivoirienne de 50 ans, souffrant de problèmes respiratoires et d'ulcères à l'estomac,
  bénéficie de l'AME
- Brahim, Malien de 35 ans, présente plusieurs problèmes de santé liés à sa condition précaire et irrégulière, bénéficie de l'AME
- Alana, Colombienne de 40 ans, présente des douleurs osseuses pour lesquelles elle est suivie et traitée grâce à l'AME.
- Zoumana, Ivoirien de 61 ans, souffre d'hypertension, qu'il parvient à contrôler grâce à l'AME

Parmi les personnes interrogées certaines bénéficient de l'AME depuis plusieurs années, d'autres

viennent de recevoir leur carte AME. Certaines ont été déboutées du droit d'asile ou ont perdu

leur titre de séjour et sont passées de la CSS à l'AME. Alors que d'autres sont demandeuses de

l'AME ou ont eu un refus. Ce panel hétérogène de situations concrètes offre une meilleure

visibilité des questions que l'on se pose autour de l'AME : qui en bénéficie ? Comment ? Pour

quoi faire ? Quels sont leurs états de santé ?

Quels problèmes de santé?

Toutes les personnes interrogées présentent des problèmes de santé, plus ou moins graves. La

moitié d'entre elles sont diagnostiquées comme vivant avec une maladie chronique nécessitant

une forme de prévention tertiaire, qui agit sur les complications et les risques de récidive. Ces

maladies peuvent entraîner le décès si elles ne sont pas traitées (lymphomes, cancer du côlon,

hypertension artérielle, diabète, lupus). Une des personnes interviewées décrit les symptômes

d'une maladie chronique (rhumatisme), qui n'a jamais été diagnostiquée par un professionnel de

santé. Trois personnes présentent des problèmes de santé appelant à une forme de prévention

secondaire, qui nécessite une intervention à un stade précoce de son évolution, comme par

exemple cholestérol, ulcère gastrique, maux de têtes, problèmes ophtalmologiques.

Les causes de ces différents problèmes de santé sont très variées : antécédents familiaux,

mauvaise alimentation, manque de sommeil ou encore anxiété. On peut identifier chez les

personnes interrogées, des déterminants sociaux de santé chez celles ayant eu un parcours

migratoire en rapport avec le statut social, la situation socio-économique ou encore les

conditions de vie.

Pour Brahim, Malien de 35 ans, ses problèmes de santé sont les conséquences directes de sa

condition de migrant, en situation irrégulière, et de travailleur précaire. Durant son parcours

migratoire, il a été blessé au pied après avoir été maltraité par la police de l'immigration au

Maroc. Quant à ses maux de têtes et ses problèmes ophtalmologiques, ils sont dus au fait qu'il

dort très peu à cause de ses très longues journées de travail. Brahim travaille au noir dans des

chantiers. Ses conditions de travail sont très éprouvantes, avec des horaires difficiles. Il finit le

travail à une heure du matin pour reprendre à cinq heures le lendemain

Pour Claire ivoirienne, âgée de 50 ans, son ulcère gastrique a été causé par sa condition de travail

comme « servante de maison » dans la famille auprès d'une famille en France en France. Claire

est arrivée en France il y a quatre ans. Elle a d'abord été hébergée chez une famille de sa

communauté dans la banlieue de Troyes. Malheureusement pour elle, l'accueil ne s'est pas bien

passé chez cette famille pour qui elle travaillait. Dans cette forme d'esclavage moderne, comme

elle n'était pas nourrie par ses employeurs, Claire ingurgitait des comprimés lui permettant

d'avoir l'énergie nécessaire pour les tâches domestiques répondant aux exigences imposées. Elle

a été par la suite rejetée par la famille pour qui elle travaillait, et s'est retrouvée à la rue. Cela a

aggravé son état de santé, considérant de surcroit le stress qui peut aussi générer des ulcères

gastriques.

Jihed quant à lui, se plaint de douleurs au ventre, qui selon lui seraient la conséquence de sa

sous-alimentation et du sentiment de « peur », causé par l'insécurité administrative ou par

d'éventuels traumatismes vécus durant son parcours migratoire, long et éprouvant. En effet, cet

algérien de 43 ans a eu un parcours migratoire très instable. Avant d'arriver en France pour la

première fois en 2007, il a traversé toute l'Europe à pieds. Par la suite, pendant dix ans, il s'est

déplacé dans différents pays Ouest-Européens (Pays-Bas, Belgique, Suisse, Allemagne,

Luxembourg) pour s'installer « une bonne fois pour toutes » en France en 2018. Aujourd'hui, il

est sans domicile fixe.

**Quelles connaissances de l'AME?** 

Sur les onze personnes interrogées, deux seulement sont venues en France dans l'objectif de se

soigner. Toutes les autres sont venues en France pour des motifs économiques, familiaux, de

sécurité, pour fuir les discriminations ou pour « vivre leur rêve ».

Nous avons par exemple Marie, Ivoirienne de 41 ans, arrivée en France en 2017. De confession

chrétienne et mariée à un homme musulman, elle a décidé de quitter son pays avec son mari

pour fuir la pression familiale. Ils sont donc partis tous les deux, puis ont fait venir leur fille de 8

ans pour éviter qu'elle ne subisse l'excision dans son pays.

Brahim quant à lui, a traversé la méditerranée en bateau, en passant par le Maroc et l'Espagne.

Brahim a grandi au Mali mais a voulu partir pour la France à l'âge de 32 ans afin de travailler dans

le but d'avoir de meilleures conditions de vie et d'aider ses parents, restés au pays. En effet,

Brahim et sa famille étaient très pauvres au Mali. Il travaillait et gagnait l'équivalent de 30 euros

par mois.

Nous avons aussi Gabriella, Colombienne de 38 ans. Originaire de Cali, elle y travaillait en tant

qu'assistante comptable, mais les contrats de travail étant trop précaires là-bas (pas de CDI), elle

a décidé de venir en France seule en 2016 pour avoir des conditions de vie plus dignes et plus

stables.

Toutes ces personnes ne connaissaient pas l'AME avant de venir en France, et ne connaissaient

rien du fonctionnement inclusif et universel du système de santé français. D'ailleurs, sur les onze

personnes interrogées, seulement quatre avaient un problème de santé avant de venir en France.

Toutes les autres ont vu leur état de santé se détériorer pendant leur parcours migratoire ou

après leur arrivée en France. Cela illustre bien le concept du « healthy migrant effect » : ses

personnes étaient en bonne santé dans leur pays d'origine, ce sont leur parcours migratoire ou

leurs conditions de vie en France qui ont dégradé leur état de santé. En effet, la moitié des

personnes interrogées ont eu un parcours difficile, traversant plusieurs pays, voire des continents

entiers à pied, certains se sont même heurtés aux terribles épreuves migratoires que sont le

passage par la Libye ou la traversée de la Méditerranée. Concernant leurs conditions de vie en

France, trois ont dormi ou dorment toujours dans la rue, trois ont déjà ou sont toujours

hébergées chez quelqu'un dans des conditions de promiscuité et une a déjà été victime

d'esclavage moderne (travaillait comme domestique chez une famille sans être nourrie).



Parmi celles qui sont venues dans l'objectif de se soigner, nous retrouvons Omar, marocain de 38 ans, qui vit avec un lymphome. Au Maroc, il vivait correctement et travaillait en tant que soudeur. Cependant, en 2018, il lui a été diagnostiqué une leucémie. Il a donc entamé un suivi médical et des séances de chimiothérapies, mais il estimait qu'il n'était pas bien soigné au Maroc. Il ne parvenait pas à se procurer les bons médicaments et il devait payer 150 euros tous les vingt jours, ce qu'il ne pouvait pas se permettre avec ses revenus de soudeur. Par ailleurs, il n'avait pas accès à une couverture maladie marocaine. Il a d'ailleurs été mal diagnostiqué, les médecins marocains pensaient qu'il avait une leucémie, or il a un lymphome. Nous avons aussi Zoumana, 61 ans, qui fait de l'hypertension artérielle. Il est venu en France car il s'attendait à y être bien

accueilli et bien soigné étant donné que, pour reprendre ses propos, « c'est vraiment un pays de

liberté!».

Rokhaya, 64 ans, venue à la base pour rendre visite à sa famille et pour accompagner sa fille qui vivait une grossesse difficile. Ayant par la suite découvert qu'elle souffrait d'un cancer du côlon, elle a finalement dû rester en France pour être soignée, le cancer du côlon étant mal soigné en Mauritanie, son pays d'origine. Rokhaya avait d'ailleurs une sœur qui avait un cancer et qui a, elle aussi, dû partir à l'étranger pour se faire soigner (en Turquie). Rokhaya était plutôt aisée en Mauritanie, elle vivait à Nouakchott, la capitale, et travaillait dans une compagnie aérienne, qui lui faisait bénéficier d'une mutuelle prenant en charge 80% des frais médicaux. Contrairement au cas d'Omar, le problème ici n'est pas le financement des soins, Rokhaya ayant une protection sociale en Mauritanie. Cette situation pointe le faible niveau de développement de la médecine et des moyens que l'hôpital dispose dans certains pays du « Sud ».

Les différentes trajectoires de ces personnes migrantes mettent en avant la comparaison entre notre système de santé et les systèmes de santé de pays étrangers. Plusieurs personnes interrogées originaires du continent africain déplorent le non-universalisme de l'accès aux soins dans leur pays. En comparant avec le système de santé français, ils expliquent que dans leur pays, si l'on n'a pas les moyens financiers pour régler ses soins, on ne peut pas se faire soigner.



Pour Marie, c'est l'aspect humain qui fait la différence entre le système de santé français et celui

des pays africains:

« Faudrait pas qu'on se voile la face mais ici on est mieux traités à l'hôpital qu'en

Afrique. Parce que ici l'homme d'abord, et l'argent vient après. Ici on soigne d'abord,

et après on va donner l'argent. Au pays, même si tu es en train de mourir, on te voit

même en train de mourir, on te demande de payer. »

Plusieurs cas permettent de comparer la situation française avec celle d'autres pays européens.

Les pays dits « de transit » comme la Grèce et l'Espagne, ouvrent des droits de soins aux primo-

arrivants. En revanche, Jihed explique qu'en Allemagne, si l'on n'a pas de papiers, on ne peut pas

être soigné. En effet, le système de santé allemand est aujourd'hui l'un des plus fermé de l'Union

Européenne concernant la santé des immigrés irréguliers. Dans cet Etat fédéral qui s'honore

d'avoir accueilli plusieurs millions de réfugiés depuis la crise migratoire de 2015, il y a aujourd'hui

la pratique d'une politique migratoire dissuasive sur le droit à la santé des sans-papiers (Jérémy

Geeraer, 2022). Officiellement, les sans-papiers y ont des droits de soins qui se limitent aux

urgences, mais dans les faits, les fonctionnaires allemands ont l'obligation de les dénoncer aux

administrations de l'immigration. Cela crée donc un effet dissuasif et une augmentation du non-

recours aux soins chez les populations migrantes qui passent par l'Allemagne.

Quelle utilisation de l'AME et quels effets sur leur santé?

Parmi ces onze personnes ayant eu un parcours migratoire, neuf ont besoin d'un suivi médical,

huit ont besoin d'un traitement et quatre ont besoin de faire des examens médicaux. Parmi les

neuf, qui ont actuellement ou qui ont déjà eu l'AME, toutes l'ont déjà utilisée pour consulter un

médecin. Cinq d'entre elles ont été hospitalisées (pour des raisons types : cancer du côlon,

lymphome, ulcère digestif; une a subi une opération grâce à l'AME et une autre l'a utilisée pour

faire des examens de prévention dès son obtention). Pour celles qui n'ont toujours pas eu l'AME

avec des périodes où elles étaient sans droits ouverts ou pour qui le renouvellement a été refusé,

deux se sont soignées en PASS.



Nous avons rencontré deux personnes qui se sont vues refuser l'AME. Parmi elles, on retrouve Gabriella, colombienne âgée de 38 ans, vivant avec le lupus, une maladie auto-immune qui lui a causé une insuffisance rénale. Venue en France en 2016 pour travailler, elle a bénéficié de l'AME pendant quatre ans, ce qui lui a donné accès à un suivi par plusieurs médecins spécialisés et à la réalisation de nombreux examens, lui permettant alors de stabiliser son état de santé. Pendant cette période, elle travaillait au noir et touchait à peu près 600 euros par mois, ce qui la rendait éligible à l'AME. Mais depuis deux ans Gabriella a un travail déclaré d'aide maternelle, elle touche le SMIC et a donc vu son renouvellement de l'AME refusé.

La situation de Gabriella nous rappelle que l'AME n'est pas une aide pour les sans-papiers dans leur globalité, mais pour les sans-papiers en situation de précarité. Cette situation montre aussi que l'AME peut être un moteur d'intégration pour les étrangers qui en bénéficient. Gabriella, a eu la possibilité de s'intégrer au niveau professionnel avec un travail déclaré, en tant qu'aide maternelle. Si sa santé n'avait pas été stabilisée grâce à l'AME, Gabriella n'aurait sans doute pas pu travailler, avoir ce travail et ces revenus, et participer à la vie sociale et économique du pays. Sa maladie aurait pu atteindre un stade beaucoup plus grave et elle aurait pu en mourir, ou bien devoir être hospitalisée et ne jamais pouvoir être active. D'après les données du Programme des Nations unies pour le développement (Pnud), « alors qu'ils ne représentent que 3,5 % de la population mondiale, les migrants ont généré, en 2015, 9 % du PIB mondial ».

Rokhaya, Mauritanienne de 64 ans, a elle aussi reçu un refus d'obtention de l'AME. Ce sont ses proches qui cotisent pour payer ses soins liés à son cancer du côlon. Ayant sa famille en France, Rokhaya a obtenu un titre de séjour pour un motif « vie privée et familiale », qu'elle a pu renouveler trois fois. Suite au décès de son frère, elle est retournée rapatrier le corps du défunt, en Mauritanie. À son retour, à sa grande surprise, elle avait reçu de la part de l'OFII (Office Français Immigration Intégration) une OQTF (obligation de quitter le territoire français), alors qu'elle détenait un titre de séjour. Aujourd'hui, Rokhaya n'a aucun revenu et se retrouve sans domicile fixe. Elle alterne entre l'appartement de sa fille et celui d'un autre frère qui vit en France.

Malgré cette situation médicale difficile, elle ne souhaite pas être suivie en PASS car elle doit

continuer le parcours de soin avec ses médecins libéraux qui s'occupent d'elle.

Les autres personnes interrogées, qui n'ont toujours pas l'AME, payent leurs soins avec le peu

d'argent qu'ils touchent par le biais de leur travail au noir. Golé, jeune malien de 29 ans, explique

qu'il doit parfois choisir entre se nourrir ou se soigner. Golé est arrivé en France il y a cinq ans

pour des raisons économiques et de sécurité. De ce fait, il a demandé l'asile dès son arrivée en

2018. Dans le cadre de sa demande d'asile, il a bénéficié de la Complémentaire Santé Solidaire

(CSS). La CSS lui a permis de voir le médecin et de se procurer des médicaments. Il a vu un

médecin qui l'a orienté à l'hôpital pour faire un scanner, mais à ce moment-là sa CSS était expirée.

Il a donc voulu la renouveler auprès de Migrations Santé, mais étant débouté du droit d'asile

depuis plus d'un an, il n'en était plus éligible. Nous avons donc fait une première demande d'AME

qui est en cours de traitement. Dans le cas de Golé, on observe que le manque d'information et

la complexité des dispositifs d'accès aux soins participent à la dégradation de l'état de santé des

personnes précaires.

Malgré ses revenus dépassant le plafond établi par l'assurance maladie, Gabriella paye son

logement 800 euros par mois et ne peut donc pas se permettre de se soigner à ses frais. Depuis

qu'elle n'a plus de droits ouverts, Gabriella ne peut plus faire des examens tous les trois mois

comme elle le faisait avant, sous les conseils de son médecin. Elle prend encore les médicaments

qui lui ont été prescrit par son médecin, qu'elle achète avec son argent car ils ne coûtent pas

cher. Elle ne les prend pas de manière régulière, elle va en acheter uniquement quand elle a des

douleurs ou quand elle a des problèmes pour uriner.

Concernant ceux qui bénéficient de l'AME, nous constatons que cette aide sociale a eu un réel

impact positif sur leur santé. Pour Claire, Zoumana et Brahim, leur état de santé s'est nettement

amélioré depuis qu'ils ont bénéficié de cette aide sociale. Pour Omar et Rokhaya, qui souffrent

tous deux de maladies cancéreuses, l'AME leur a permis de stabiliser leur état de santé.



Omar qui, au Maroc, pensait souffrir de la leucémie, a découvert en France qu'il s'agissait d'un lymphome. Cela démontre que l'AME a aussi servi à certains d'être diagnostiqués, dépistés ou d'en savoir plus sur leur maladie. Dans le cas de Brahim, ce dernier a compris que ses maux de têtes étaient liés à un problème ophtalmologique et qu'il avait besoin d'une paire de lunettes. Pour Marie, effectuer les examens de prévention santé a mis en lumière différentes problématiques de santé (cholestérol, problèmes de tension, montée de sucre dans le sang), elle a donc pu éviter les complications de ses troubles en se soignant précocement. Marie a été soignée de plusieurs maladies grâce à l'AME et poursuit ainsi pleinement sa vie professionnelle. Aujourd'hui, elle ne consulte plus et se considère être en bonne santé, mais au vu de ses problèmes de tension, il lui est conseillé d'être suivie par un médecin traitant. Son cas démontre l'importance du droit à la prévention qu'ouvre l'AME : sans ses examens préventifs, Marie aurait pu développer de l'hypertension artérielle ou un diabète, et sa prise en charge aurait eu un coût plus conséquent pour l'assurance maladie. Comme Gabriella, Marie a aujourd'hui un travail déclaré qu'elle n'aurais sans doute pas pu avoir si son état de santé se serait dégradé. Marie est d'ailleurs très reconnaissante de cet accès à la prévention :

« L'AME ça nous amène à surveiller beaucoup de choses dans nos vies ! Faire les contrôles c'est important, quand tu ne sais pas si tu n'as pas d'interdit, tu manges n'importe quoi, tu fumes, tu bois, il y a des gens qui ne savent pas ce qu'ils avaient et qui meurent vite. Ici on va à l'hôpital, à chaque fois on est suivis, donc tu connais tes limites : tu sais si tu dois faire un régime, si tu dois arrêter le sucre, si tu dois limiter le sel, tu es fixé... ».

En revanche, Golé, quand il bénéficiait de la CSS, dispositif qui ouvre des droits à un panier de soins plus avantageux que l'AME, n'a pas vu son état de santé s'améliorer. Souffrant de rhumatisme, il ne consultait un médecin que quand les douleurs étaient insoutenables, et celuici lui prescrivait uniquement des antalgiques. Il n'a jamais été orienté vers un spécialiste, et n'a jamais pris l'initiative de s'y orienter lui-même. En effet, il ne savait pas ce qu'était un rhumatologue. Cette situation soulève un autre déterminant de non-accès aux soins des personnes migrantes : outre la difficulté des démarches pour bénéficier l'AME ou la CSS, il y a



également un faible niveau de littératie en santé et d'information sur les soins existants. Golé n'a jamais réellement parlé de sa maladie aux médecins mais il ne décrivait que ses douleurs qu'il voulait calmer. Il n'a pas cherché à consulter de spécialiste pour savoir d'où venait la douleur et essayer de se soigner. Ce faible niveau de littératie en santé engendre des conséquences sur sa prise en soin et son état de santé de manière générale. Il n'a pas consulté de spécialiste, par manque de connaissances et d'orientations. Cela démontre que les soins ne sont pas « surconsommés », au contraire, le peu d'informations aboutit à un faible recours aux soins.

Concernant les besoins en soins, la carte d'AME ne couvre pas toutes les prestations, comme en témoigne les deux personnes interrogées. Claire a besoin d'un appareil pour respirer la nuit et des médicaments pour ses démangeaisons cutanées qui ne sont pas pris en charge par l'AME. Zoumana et Brahim ont, quant à eux, besoin de lunettes, qui ne sont pas non plus prises en charge par l'AME. On constate aussi des refus de la part des professionnels de santé de prendre en soin des bénéficiaires de l'AME, comme le souligne le rapport du défenseur des droits. Brahim s'est vu refusé des médicaments dans une pharmacie, et nous savons que Claire, que nous accompagnons depuis un moment, a déjà été refusée d'un CMP (centre médico-psychologique) parce qu'elle avait l'AME. Une étude de l'IRDES évoque « l'effet « repoussoir » d'un bénéficiaire CMU ou AME dans la salle d'attente d'un professionnel de santé » (Rapport du défenseur des droits, 2014). Ces refus de soins ont des conséquences sur la pratique des soins, et nuisent à la prise en soin des personnes.

Les démarches pour bénéficier de l'AME peuvent paraître simples, mais peuvent être très difficiles pour une population qui ne maîtrise pas la langue et qui n'est pas encore acclimatée à l'importance donnée aux « papiers » en France. C'est pour cela que Migrations Santé met en place des permanences dans les lieux de vie et de culture des populations migrantes. On remarque assez souvent que, une fois le dossier rempli et envoyé, il y a parfois des mauvaises surprises : courrier qui n'est pas arrivé à destination, la CPAM qui indique des pièces manquantes alors qu'elles ont été envoyées, « bug » dans les fichiers de l'assurance maladie...



Parmi les personnes interrogées, plusieurs ont rencontré des difficultés de ce genre pour accéder à l'AME. Le cas de Danielle, brésilienne de 43 ans, mère de deux filles de quatre et six ans, est particulièrement alarmant. Danielle a de graves problèmes de santé, elle est épileptique à la suite d'une tumeur cérébrale et a des problèmes gynécologiques. Elle a eu l'AME en 2019 et 2020 et a été suivie par des spécialistes jusqu'à février 2021. Mais en février 2021, son AME est arrivée à expiration et elle n'a pas pu être renouvelée. Elle a envoyé en juin 2021 une demande de renouvellement de son AME, à laquelle étaient affiliées ses filles. Elle a finalement reçu deux cartes individuelles pour ses deux filles, mais pas pour elle. Étonnée, elle s'est rendue à la CPAM de sa commune où un agent lui a assuré que son dossier était valide et que sa carte était en train d'être confectionnée. Sans réponse de l'assurance maladie pendant plusieurs mois, elle s'est rendue une seconde fois à la CPAM où les agents lui ont dit qu'il n'y avait aucun dossier en cours. Presque un an plus tard, nous appelons la CPAM qui nous explique que le dossier a été classé sans suite et qu'il a été archivé.

Danielle travaillait pour subvenir aux besoins de ses deux filles, mais depuis que ses soins se sont arrêtés, son état de santé s'est dégradé et elle n'a pas pu poursuivre son activité professionnelle. À l'inverse du cas de Gabriella, on voit à travers la situation de Danielle que ne plus bénéficier de l'AME constitue un facteur d'exclusion socio-professionnelle. Sa mobilité est réduite dû à la fatigue et aux troubles neurologiques. Danielle se retrouve à gérer son état de santé qui se dégrade au fil du temps (car ne bénéficie pas des soins requis) et l'éducation de ses deux filles, dont l'une a été diagnostiquée autiste.

Jihed, quant à lui, a fait une demande d'AME avec un acte de naissance en guise de pièce d'identité. Il a reçu un courrier de la CPAM du département lui indiquant que son dossier a été accepté et qu'il devait le récupérer à la CPAM de sa commune. Il s'est ensuite rendu plusieurs fois sur place pour le récupérer, mais ils ont refusé de le lui délivrer car il n'a pas de passeport (alors que son dossier a été accepté sans passeport). Migrations Santé a dû appeler le département pour les alerter de cette situation, ils ont ensuite dit à la CPAM de la commune de



lui remettre sa carte. A la suite de cela, Jihed a pu la recevoir. Rokhaya, quant à elle, comme on l'a vu, s'est vue refuser son renouvellement d'AME sans explications.

Toutes ces situations démontrent que les bénéficiaires de l'AME peuvent difficilement « *abuser* » de leurs droits : leurs droits étant limités, mais aussi par les refus de certains professionnels de santé, également de par les obstacles pour demander ou renouveler l'AME et les refus causés par le fonctionnement des CPAM. La constitution des dossiers, les courriers de réponses par la sécurité sociale sont des éléments limitant l'accès à leurs droits. Comme le témoigne le défenseur des droits, « *la complexité des démarches rend difficile l'accès aux droits et décourage souvent les personnes éligibles. Elle exige en effet une grande autonomie de la part de personnes en situation de précarité qui sont davantage enclines au non-recours ».* 

Conclusion

Les résultats de cette étude raisonnent avec les données présentées dans le plaidoyer. On

constate, à travers ces onze situations, qu'en général, les bénéficiaires de l'AME ne viennent pas

en France pour se soigner. Neuf sur onze ne connaissaient pas l'AME avant de venir en France,

et ne connaissaient rien du système de santé français en général. Deux seulement sont venus

avec l'objectif de se soigner, tous les autres pour d'autres motifs, majoritairement économiques.

On observe également que pour la plupart d'entre eux, leur état de santé s'est détérioré pendant

leur parcours migratoire ou après leur arrivée en France, du fait de leurs mauvaises conditions

de vie ou de travail. Ils ne pouvaient pas venir avec pour but de se soigner et de « profiter » de

l'AME étant donné qu'ils étaient en bonne santé et ne connaissaient pas ce dispositif. Supprimer

l'AME ne limiterait pas le nombre d'immigrés économiques en France, car les gens ne viennent

pas pour se faire soigner. Comme l'explique la sociologue Céline Gabarro, supprimer l'AME ou

l'endurcir n'aura aucune répercussion sur les flux migratoires, cependant cela renforcera la

précarité de ces personnes avec un parcours migratoire, et en situation irrégulière.

Nous constatons aussi que de par un faible niveau de littératie en santé et une méconnaissance

des soins existants, ils peuvent difficilement « abuser » de leurs droits.

S'ajoute à cela les refus de soins, le panier réduit qui ne couvre pas autant de prestations que la

carte vitale ou la CSS, ou encore les barrières d'ordre administratives (dossiers classés sans suite

ou refus de la CPAM de délivrer la carte alors que le dossier a été accepté...). On constate aussi

que, s'ils dépassent les plafonds de 9 203 € par an, ils n'ont droit à rien, alors que la population

générale a toujours droit à un minimum de droits qu'ouvre l'assurance maladie.

Cette étude montre bien que l'AME est bénéfique à la santé publique et l'économie de la sécurité

sociale, voire l'économie du pays tout court. Tout d'abord, il est clair que l'AME limite la mortalité

du pays, et on voit bien que la moitié des personnes interrogées sont en vie grâce à l'AME, car

souffrant de maladies qui peuvent être mortelles si elles ne sont pas traitées. Pour cette

population migrante dont la santé est fragilisée par différents facteurs sociaux, tous ont besoin



de soins dont neuf ont besoins d'un suivi médical. L'AME a clairement permis d'améliorer la santé des personnes interrogées. Elle a permis à certains d'être mieux diagnostiqués et d'être dépistés.

Le peu de personnes venues pour se soigner montrent qu'il y a un réel problème dû au faible niveau de développement de la médecine et du système de santé dans certains pays.

Certaines trajectoires de vie relatent aussi que l'AME est un levier pour l'insertion socioprofessionnelle des étrangers. Plusieurs femmes interrogées ont réussi à trouver un travail grâce à l'AME car les examens de prévention, les suivis médicaux ou les traitements ont stabilisé leur état de santé. Si on était sur un modèle où les soins pour les personnes « sans-papiers » se limitaient aux urgences, ces femmes n'auraient pas eu accès à ces soins relevant de la prévention primaire et secondaire, elles n'auraient pas pu travailler et auraient été dépendantes du système de santé car leur état serait devenu urgent et nécessiterait une forme de prévention tertiaire, plus coûteuse. Les données de cette étude montrent effectivement que ne plus bénéficier de l'AME et ne plus pouvoir se soigner est un facteur de désinsertion socio-professionnelle. L'AME présente donc plusieurs avantages économiques : elle évite des prises en charges lourdes grâce à des soins de prévention, et elle permet à ses bénéficiaires de pouvoir s'insérer socialement et professionnellement grâce à un bon état de santé, et donc de participer à l'économie du pays.



#### **Bibliographie**

La Dépêche. « Aide médicale d'Etat : un accès insuffisant et entravé », 2 septembre 2021.

Le Quotidien du Médecin. « Analyse des dépenses de santé : les pathologies qui pèsent le plus lourd », 23 octobre 2013.

André, Jean-Marie, et Simon Jean-Baptiste Combes. « L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une analyse critique de l'aide médicale de l'Etat », novembre 2019, 7p.

Boitiaux, Charlotte. « Le coût de l'Aide médicale d'État (AME) passera la barre du milliard d'euros en 2021 ». *InfoMigrants*, 8 décembre 2020, sect. Actualités. <a href="https://www.infomigrants.net/fr/post/28982/le-cout-de-laide-medicale-detat-ame-passera-la-barre-du-milliard-deuros-en-2021">https://www.infomigrants.net/fr/post/28982/le-cout-de-laide-medicale-detat-ame-passera-la-barre-du-milliard-deuros-en-2021</a>.

Bozorgmehr, Kayvan, et Oliver Razum. « Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013 ». *PLoS ONE* 10 (22 juillet 2015): e0131483. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483.

Cousin, Mathilde. « Non, la France n'est pas le seul pays à prendre en charge des soins pour les migrants en situation irrégulière ». 20 minutes, 24 septembre 2019.

Dreyfus, Bernard. « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits ». *Regards* 46, n° 2 (2014): 41-49.

F.Bartoli, J-L.Rey, Dr.F.Fellinger (IGAS) – J.Sauliere, C.Hemous et J-Y-Latournerie. « L'aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions ». Inspection générale des finances, octobre 2019. https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article748.



- Gabarro, Céline. « L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie : entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires ».
- Phdthesis, Université Sorbonne Paris Cité, 2017. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02079419.
- Geisser, Vincent. « Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le « tourisme médical » ». Migrations Societe 178, no 4 (30 décembre 2019): 3-11.
- Hachimi-Alaoui, Myriam, et Alexandra Nacu. « Soigner les étrangers en situation irrégulière ». Hommes Migrations 1284, no 2 (2010): 163-73.
- Izambert, Caroline. « AME : impossible expertise, inévitable politisation Institut Convergences Migrations ». In Betty Rouland (dir.), Dossier « L'aide médicale d'État, la fabrique d'un faux problème ». De Facto, 2022. https://www.icmigrations.cnrs.fr/2022/02/14/defacto-031-03/.
- Juanmarti Mestres, Arnau, Guillem López Casasnovas, et Judit Vall Castelló. « The Deadly Effects of Losing Health Insurance ». European Economic Review 131, no C (2021). https://ideas.repec.org/a/eee/eecrev/v131y2021ics0014292120302385.html.
- Justot, Florence, Paul Dourgnon, Jérôme Wittwer, et Jawhar Sarhiri. « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas ». IRDES, Questions d'économie de la santé, no 245 (novembre 2019): 8.
- Le Planning Familial. « L'Aide médicale d'Etat : un filet de sécurité pour la santé publique à ne pas restreindre », 4 octobre 2019.
- « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC-C, de l'ACS et de l'AME ». Défenseur des droits, mars 2014.
- « Liberté, égalité, santé. Plaidoyer pour un système de santé solidaire. » Médecins du Monde, 2017. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/03/14/pour-un-systeme-de-sante-solidaire.



SPF. « Migrants en situation de vulnérabilité et santé ». La Santé en action, no n°455 (mars 2021). https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante

« Tuberculose en France : les chiffres 2020 ». Santé Publique France, 6 décembre 2021.



#### Annexes

#### Golé, malien de 29 ans, souffrant de rhumatismes, demande l'AME

Golé est un jeune homme de 29 ans d'origine Malienne qui est arrivé en France il y a cinq ans.

Il est venu en France à la fois pour des raisons économiques et de sécurité, Golé a demandé l'asile dès son arrivée en 2018. Au Mali, Golé travaillait comme cultivateur dans une forêt. Des animaux appartenant à des personnes d'un groupe ethnique en conflit avec le sien ont dévasté ses plantations et il s'est vengé en tuant un animal. En proie à une vengeance de leur part, il a été poussé à fuir le Mali. Golé était aussi dans une situation de précarité au Mali : il ne travaillait pas beaucoup et gagnait très peu d'argent. C'est aussi ce qui l'a motivé à venir en France.

Il a donc économisé et est venu en France, en passant par le Maroc et l'Espagne et en traversant la Méditerranée en bateau. Aujourd'hui il est hébergé chez quelqu'un, il a été débouté du droit d'asile et fait quelques jobs non déclarés de temps en temps. Golé souffre de rhumatisme depuis 6 ans. Au Mali, il ressentait de terribles douleurs à cause de son travail physique. Arrivé en France, la douleur s'était calmée, mais elle s'accentue l'hiver car la maladie supporte mal le froid. Quand il fait froid, il ne peut pas sortir et n'arrive pas à dormir tellement la douleur est intense. Il ne peut pas travailler non plus ; malgré sa situation d'extrême précarité, il est parfois obligé de refuser des jobs à cause de sa maladie. Dans le cadre de sa demande d'asile, il a bénéficié de la CSS. Il ne connaissait ni cette aide sociale ni l'Aide Médicale d'Etat avant de venir en France, il en a entendu parler ici. Golé ne sait pas non plus ce qu'est un titre de séjour pour soins.

La CSS lui a permis de voir le médecin et de se procurer des médicaments. Mais Golé ne bénéficiait pas d'un réel suivi médical, il allait voir le médecin uniquement quand la douleur était insoutenable, et les médecins qu'il voyait ne lui prescrivaient que des antidouleurs. Il n'a jamais vu de rhumatologue et ne sait pas ce que c'est. Il a vu un médecin qui l'a orienté à l'hôpital pour faire un scanner, mais à ce moment-là sa CSS était expirée. Il a donc voulu la renouveler auprès de Migrations Santé, mais étant débouté du droit d'asile depuis plus d'un an, il n'y était plus éligible. Nous avons donc fait une première demande d'AME qui est en cours de traitement. Cela fait plus d'un an que Golé n'a aucune couverture maladie. Il dit que son état de santé s'est dégradé à cause du froid, des conditions de travail et du manque de médicaments. En effet, Golé se soigne en achetant ses médicaments avec son argent, ce qui est très compliqué compte tenu de sa situation de précarité : « soit je dois acheter à manger soit je dois acheter des médicaments ».

L'hiver, quand le froid lui fait trop mal pour travailler, il n'a pas du tout d'argent, alors il ne se procure pas

de médicaments.

Danielle, brésilienne mère de deux enfants et épileptique, dont le renouvellement de

l'AME a été classé sans suite

Danielle, brésilienne de 43 ans, arrivée en France en 2019 et vivant seule avec ses deux filles de 4 et 6 ans.

Danielle a eu une tumeur au cerveau et elle est épileptique. Elle a aussi des problèmes gynécologiques.

De par ses problèmes de santé, Danielle est très fatiguée et épuisée de devoir s'occuper de ses filles, dont

l'une a été diagnostiquée autiste.

En 2020, Danielle bénéficiait de l'AME, ce qui lui permettait de stabiliser son état de santé. Elle était suivie

par un neurologue et par un gynécologue. Le dernier médecin qu'elle a vu l'a orientée pour faire une

échographie et un scanner cérébral, mais elle n'a pas pu les faire car n'avait plus de droits de soins. En

effet, depuis février 2021, son AME est arrivée à expiration et elle n'a pas pu être renouvelée. Elle a envoyé

en juin 2021 une demande de renouvellement, à laquelle étaient affiliées ses filles. Elle a finalement reçu

deux cartes individuelles pour ses deux filles, mais pas pour elle. Étonnée, elle s'est rendue à la CPAM de

sa commune où un agent lui a assuré que son dossier était valide et que sa carte était en train d'être

confectionnée. Sans réponse de l'assurance maladie pendant plusieurs mois, elle s'est rendue une

seconde fois à la CPAM où les agents lui ont dit qu'il n'y avait aucun dossier en cours.

Presque un an plus tard, nous (Migrations Santé) appelons la CPAM qui nous explique que le dossier a été

classé sans suite et qu'il a été archivé. La dame au téléphone ne sait pas pourquoi le dossier n'a pas été

accepté et va voir ça avec sa hiérarchie. Elle ne comprend pas non plus pourquoi les dossiers de ses deux

filles ont étés acceptés et pas le sien.

En l'espace d'un an, la santé de Danielle s'est nettement dégradée. Elle a du mal à se déplacer car elle est

très fatiguée et a très mal à la tête, elle ne peut parfois pas du tout sortir de chez elle. Avant elle travaillait

mais ce n'est plus possible aujourd'hui. En situation de précarité économique, elle a aussi du mal à pouvoir

aller chercher des vêtements pour ses filles de par ses difficultés de mobilité. Nous avons donc orienté

Danielle vers une PASS afin qu'elle puisse voir un neurologue.



Jihed, algérien de 43 ans, vient d'avoir l'AME après un parcours migratoire très long

et difficile

Jihed algérien de 43 ans qui a eu un parcours migratoire très instable. Originaire de Constantine, il a quitté

son pays en 2001, à l'âge de 18 ans, pour venir en France, car c'était son rêve "c'est ça la mentalité en

Algérie, parce que la France c'est le pays de la liberté, des droits de l'homme, des droits de la femme".

Avant d'arriver en France pour la première fois en 2007, il a traversé toute l'Europe à pieds. Par la suite,

il a alterné pendant dix ans entre différents pays Ouest-Européens (Pays-Bas, Belgique, Suisse, Allemagne,

Luxembourg) pour ensuite s'installer "une bonne fois pour toutes" en France en 2018. Aujourd'hui, il est

sans domicile fixe et travaille parfois en tant que bricoleur au noir pour gagner un peu d'argent.

Son parcours migratoire a été semé d'embûches. En Turquie, il s'est fait pourchasser par la police dans la

forêt et il a perdu toutes ses affaires, dont son passeport. Il a aussi été emprisonné un an en Autriche pour

travail illégal. En Grèce, il s'est cassé la jambe. Là-bas, il a été soigné gratuitement grâce à un document

administratif délivré par le commissariat de police qui lui ouvrait des droits de soins à l'hôpital. Il a aussi

eu des problèmes de santé en Allemagne, mais n'a pas eu les soins dont il avait besoin "en Allemagne, si

tu as pas de papiers, tu rentres pas à l'hôpital. Si tu y payes tu passes, tu payes pas tu passes pas".

En France, il a eu plusieurs problèmes de santé. Lors d'un bilan santé, on lui a diagnostiqué une

inflammation des dents. Il a aussi des douleurs au ventre, qui selon lui sont dues au fait qu'il s'alimente

très peu et qu'il a souvent peur. Il a fait des échographies, qu'il a dû payer 50 euros, il a aussi vu un

médecin libéral qu'il a aussi payé 50 euros, malgré ses très faibles revenus : « la valeur c'est pas l'argent,

la valeur c'est ta santé, tu vois. L'argent je m'en fou moi, c'est la santé. Même si j'ai que 1 000 euros, je

donne 1 000 euros pour ma santé tu vois. C'est important la santé ». C'est Migrations Santé qui lui a fait

découvrir les hôpitaux de PASS et l'AME. Quelques mois après sa demande d'AME, il a reçu un courrier lui

indiquant que son dossier a été accepté et qu'il devait aller chercher sa carte à la CPAM de la commune

dans laquelle il est domicilié. Il s'est ensuite rendu plusieurs fois sur place, et ils ont refusé de lui délivrer

car il n'a pas de passeport, alors que son dossier a été accepté. Nous avons dû appeler l'assurance maladie

du département afin qu'ils donnent la directive à la CPAM de la commune de lui délivrer sa carte, sans

quoi ils ne lui auraient pas donné.



#### Marie, ivoirienne de 41 ans, a été soignée de plusieurs maladies grâce à l'AME

Marie, ivoirienne de 41 ans arrivée en France en 2017. De confession chrétienne et mariée à un homme musulman, elle a décidé de quitter son pays avec son mari pour fuir la pression familiale. Ils sont donc

partis tous les deux, « à l'aventure », en passant par la Libye et l'Italie, où le parcours fut très éprouvant. Ils ont laissé leur fille en Côte d'Ivoire, puis elle les a rejoints à l'âge de 8 ans. Quand Marie a appris que sa belle-famille préparait la cérémonie pour l'excision de sa fille, elle a organisé le départ de cette dernière pour la France, car formellement opposée à ce que sa fille subisse ce sort. Aujourd'hui ils vivent tous les trois dans une résidence sociale dans le Val-de-Marne. Marie travaille en tant que femme de ménage (déclaré), son mari suit des cours de français et leur fille va à l'école.

Après plusieurs mois sur le territoire français, Marie a fait une première demande d'AME qui a mis du temps à arriver pour des raisons administratives, puis elle a fait plusieurs examens de prévention qui lui ont fait prendre connaissance de différents problèmes de santé. Des examens sanguins ont détecté une forte montée de sucre dans le sang, qui a été suivie par un traitement de trois mois. Elle a aussi eu du cholestérol et a fait un régime sous les conseils de son médecin, et elle a eu un fibrome pour lequel elle est suivie par un gynécologue. Marie a aussi des problèmes de tension qu'elle tient de sa famille. À son arrivée, Marie ne prenait pas du tout en considération ce problème, ce sont les tests qu'elle a pu faire à l'hôpital grâce à l'AME qui l'en ont alertée. Marie a toujours pu être remboursée avec l'AME et considère que cette aide sociale lui a permis de bénéficier de tous les soins dont elle avait besoin.

Marie est très reconnaissante du système de santé français en comparaison avec le système de santé de son pays « Faudrait pas qu'on se voile la face mais ici on est mieux traité à l'hôpital qu'en Afrique. Parce que ici l'homme d'abord, et l'argent vient après. Ici on soigne d'abord, et après on va donner l'argent. Au pays, même si tu es en train de mourir, on te voit même en train de mourir, on te demande de payer ». Elle mesure l'importance de l'AME dans sa vie « Si on me refuse l'AME on va mourir. On n'a pas de moyens pour se soigner, on va tous ». Son témoignage met aussi en lumière l'importance de la prévention, dont elle a bénéficié grâce au caractère inclusif de notre système de santé : « L'AME ça nous amène à surveiller beaucoup de choses dans nos vies ! Faire les contrôles c'est important, quand tu ne sais pas tu n'as pas d'interdit, tu manges n'importe quoi, tu fumes, tu bois, il y a des gens qui ne savent pas ce qu'ils avaient et qui meurent vite. Ici on va à l'hôpital, à chaque fois on est suivis, donc tu connais tes limites : tu sais si tu dois faire un régime, si tu dois arrêter le sucre, si tu dois limiter le sel, tu es fixé... ».

Gabriella, colombienne de 38 ans, souffre de lupus mais n'est pas éligible à l'AME

car travaille et dépasse les plafonds

Gabriella, colombienne de 38 ans. Originaire de Cali, elle y travaillait en tant qu'assistante comptable,

mais les contrats de travail étant trop précaires là-bas, elle a décidé de venir en France seule en 2016 pour

avoir des conditions de vie plus dignes et plus stables. Aujourd'hui, elle travaille en tant que nounou

(déclaré) et a entamé les démarches pour demander un titre de séjour lié au travail. Six mois après son

arrivée, Gabriella a demandé l'AME sous les conseils d'une amie. Elle a bénéficié de l'AME pendant quatre

ans, mais elle n'y a plus droit depuis deux ans car a un travail déclaré et dépasse les plafonds.

Gabriella souffre de lupus, une maladie auto-immune qui lui a causé une insuffisance rénale. Elle souffre

de cette maladie depuis 10 ans. En Colombie, elle était suivie par des médecins et prenait des

médicaments. En France, grâce à l'AME, elle a été suivie par plusieurs médecins spécialisés et a fait des

examens (de néphrologie, de rhumatologie). Elle a aussi été hospitalisée en 2019 pour opération de

vésicule biliaire. Le médecin qui la suivait lui a conseillé de refaire des examens tous les trois mois, ce

qu'elle faisait quand elle avait encore l'AME. Elle considère que son état de santé s'est grandement

amélioré. Si sa santé n'avait pas été stabilisée grâce à l'AME, Gabriella n'aurait sans doute pas pu s'insérer

professionnellement et participer à la vie sociale et économique du pays. Sa maladie aurait pu atteindre

un stade beaucoup plus grave et elle aurait pu en mourir, ou bien devenir dépendante des soins et ne

jamais pouvoir être active.

Depuis deux ans, étant sans couverture maladie, Gabriella ne fait plus d'examens. Même si elle gagne le

SMIC, Gabriella paye son logement 800 euros par mois et ne peut donc pas se permettre de se soigner à

ses frais. Elle prend encore les médicaments que lui a prescrits son médecin, qu'elle paye de sa poche car

ils ne coûtent pas cher. Elle ne les prend pas de manière régulière, elle va en acheter uniquement quand

elle a des douleurs ou quand elle a des problèmes pour uriner.

Cela fait deux ans que Gabriella n'a aucune couverture maladie et elle ne connaît pas les PASS, c'est

Migrations Santé qui l'a informée sur ces dispositifs. Pendant la première vague du Covid-19, Gabriella

avait très peur d'être contaminée de par ses antécédents médicaux. Elle est allée voir une assistante

sociale pour avoir l'AME mais celle-ci lui a dit qu'elle n'y avait pas droit et qu'elle devait payer ses soins,

sans l'informer sur l'existence des PASS.



Rokhaya, mauritanienne de 64 ans, souffre d'un cancer du côlon, s'est vue refusée

l'AME.

Rokhaya, mauritanienne de 64 ans. Issue d'une famille nombreuse, Rokhaya était plutôt aisée en Mauritanie, elle vivait à Nouakchott, la capitale, et travaillait dans une compagnie aérienne. En 2014, elle est venue en France pour accompagner sa fille, installée en France, qui attendait des jumeaux et avait une grossesse difficile. Elle était aussi venue rendre visite à son frère, français, qui souffrait d'un cancer. Ayant de la famille en France, Rokhaya a eu un titre de séjour pour vie privée et familiale, qu'elle a renouvelé trois fois. Suite au décès de son frère, elle est partie rapatrier son corps en Mauritanie. À son retour, à sa grande surprise, elle a reçu de la part de l'OFII une OQTF (obligation de quitter le territoire français), alors qu'elle détenait un titre de séjour. Aujourd'hui Rokhaya n'a aucun revenu. Elle alterne entre l'appartement de sa fille et celui d'un autre frère qui vit en France.

Rokhaya n'a jamais eu l'intention de vivre en France : « c'était pas pour m'installer, je n'ai jamais eu cette intention. Même au moment où en Mauritanie c'était très dur, quand on m'emmenait toujours à la police lors des évènements de 89, je n'ai jamais voulu partir de mon pays. ». Elle a dû rester en France car a de gros problèmes de santé qui ne peuvent être pris en charge dans son pays. En effet, Rokhaya a un cancer du côlon. Trois de ses frères et sœurs sont aussi décédés d'un cancer. Une de ses sœurs a aussi dû quitter la Mauritanie pour se faire soigner à l'étranger, en Turquie, où elle est décédée. Rokhaya est arrivée en bonne santé en France, elle avait de simple maux de ventre qu'elle jugeait anodins. Son état de santé s'est ensuite dégradé : Rokhaya a eu une occlusion intestinale et son médecin a découvert qu'elle avait un cancer du côlon. S'en est suivi un lourd suivi médical : médecin traitant, oncologue, gastro-entérologue et chimiothérapie à l'hôpital.

Pour régler ses frais de soins, Rokahaya avait au départ l'AME. Elle ne connaissait pas, c'est à l'hôpital qu'elle en a pris connaissance. Ensuite, quand elle a eu un titre de séjour, elle a obtenu la CSS. Suite à son OQTF, elle est retournée sur l'AME. Malheureusement, son AME n'a pas été renouvelée en 2021 sans justifications précises. Elle a reçu un courrier de la CPAM lui indiquant que sa situation ne relève pas de l'AME, alors qu'elle est bien en situation irrégulière. Son assistante sociale a donc fait une autre demande dans un autre département. Cela fait trois mois que Rokhaya n'a plus de couverture maladie. Elle se soigne en PASS à l'hôpital où elle voit un médecin de temps en temps. Elle continue de prendre des rendez-vous avec les médecins qui la suivaient et pour faire des analyses. Pour régler ses frais de soins, elle compte

demander de l'argent à ses frères. Pour la chimiothérapie en revanche, elle n'a aucune idée de comment

régler si son AME ne se renouvelle pas.

Omar, marocain de 38 ans, est venu en France pour soigner ses lymphomes

Omar, marocain de 38 ans venu en France en 2020. Au Maroc, il vivait correctement et travaillait en tant

que soudeur, mais en 2018, on lui a diagnostiqué une leucémie. Il a donc entamé un suivi médical et des

séances de chimiothérapies, mais il estime qu'il n'était pas bien soigné au Maroc. Il n'arrivait pas à se

procurer les bons médicaments et il devait payer 150 euros tous les 20 jours, ce qu'il ne pouvait pas se

permettre avec ses revenus de soudeur, et il n'avait pas accès à une couverture maladie.

Omar connaissait le système de santé en France car un ami lui en avait parlé, il savait donc ce qu'était

l'AME quand il était encore au Maroc. Il a décidé de venir en France pour être mieux soigné. Il est passé

par l'Espagne, à Melilla, dans l'enclave Espagnole au Maroc, où il est resté dans un centre d'immigration

pendant un an. Il a ensuite franchi la Méditerranée et est resté un an et demi en Espagne, à Saragosse, où

il a travaillé dans le bâtiment. Là-bas, ses problèmes de santé se sont aggravés, avec l'apparition de

ganglions. Il a donc bénéficié d'une biopsie et de cinq séances de chimiothérapies. Il n'a pas eu à régler

ses soins car le gouvernement espagnol lui avait ouvert des droits de soins de par son séjour dans le centre

d'immigration de Melilla.

Il est ensuite arrivé en France. Aujourd'hui, il est sans domicile fixe et fréquente quotidiennement un

centre d'accueil de jour de la Croix-Rouge en Seine-et-Marne. Dès son arrivée, il a voulu demander l'AME,

mais il a dû attendre les trois mois de présence en France requis. En attendant, il se soignait à l'hôpital de

PASS. Les médecins français lui ont diagnostiqué un lymphome (et pas une leucémie comme les médecins

marocains). Depuis qu'il est en France, il a subi beaucoup d'opérations, de biopsie et d'hospitalisations. Il

n'a pas de réel suivi médical, pas de médecin traitant, et n'a jamais fait de bilan santé, il voit seulement

les médecins de l'hôpital en cas d'urgence. Tous les soins et médicaments qu'il s'est procuré ont été

entièrement pris en charge par l'AME. Malgré cela, il n'estime pas être en meilleure santé grâce à l'AME,

c'est surtout grâce aux séances de chimiothérapie dont il a bénéficié en Espagne que son état de santé

s'est amélioré depuis le Maroc.

Il connaît très bien le titre de séjour pour étranger malade, il savait déjà de quoi il s'agissait quand il était

au Maroc. Cependant, il n'a toujours pas entamé les démarches car elles sont très complexes, très

longues, et qu'il est, depuis son arrivée, très pris par ses problèmes de santé. Il dit que quand il aura fini

avec les biopsies, il réfléchira à entamer les démarches.

Claire, ivoirienne de 50 ans, souffrant de problèmes respiratoires et d'ulcères à

l'estomac, bénéficie de l'AME.

Claire, ivoirienne arrivée en France par avion avec un visa il y a quatre ans. Au pays, Claire travaillait dans

une organisation non gouvernementale (ONG) d'ophtalmologie et avait six enfants à charge, dont trois

qui sont ceux de sa petite sœur décédée. Elle a payé son billet avec toutes ses économies, son objectif

étant de venir en France pour améliorer sa situation et subvenir aux besoins de sa famille. Elle a d'abord

été hébergée chez une famille de sa communauté dans la banlieue de Troyes. Malheureusement pour

Claire, l'accueil ne s'est pas bien passé chez cette famille où elle était traitée comme « la servante de

maison». Là-bas, elle ne mangeait pas, elle ingurgitait uniquement des comprimés lui permettant d'avoir

l'énergie nécessaire pour « bien travailler chez eux », ce qui a commencé à dégrader son état de santé,

puis ils ont fini par la mettre dehors. Elle a ensuite été logée par un autre monsieur rencontré par hasard,

puis après un séjour à l'hôpital et grâce au bouche à oreille au sein de la communauté, elle est arrivée

dans une résidence sociale dans le Val-de-Marne, où elle vit avec son conjoint qui est régularisé. Elle

cherche maintenant un logement plus grand pour accueillir une de ses filles. En effet, sa fille de 10 ans est

au pays et elle aimerait la faire venir en France. Depuis que sa mère est partie, la petite fille déprime et a

développé une angoisse de l'école, elle refuse de parler en classe. Malheureusement Claire n'a pas encore

les moyens de la faire venir et semble très affectée par cette situation. Claire cherche donc activement du

travail, elle aimerait travailler en tant que cantinière.

Claire cumule de nombreux problèmes de santé qui ne peuvent pas tous être pris en charge par l'AME.

Suite à son arrivée en France, elle a eu à subir de lourdes opérations à l'hôpital (dont l'installation d'une

sonde dans le système digestif). Ses problèmes de santé sont en partie dus à son arrivée compliquée en

France ; avec les médicaments qu'elle prenait le ventre vide qui lui ont créé des ulcères à l'estomac. Elle

doit aujourd'hui régulièrement faire des contrôles à l'Hôpital. Elle n'a pas pu faire autant de contrôles que

prévu en raison de la surcharge des Hôpitaux en période de covid-19. En-plus de son ulcère gastrique, elle

a des difficultés respiratoires : elle est rapidement essoufflée et doit porter un appareil pour respirer la

nuit car elle fait de l'apnée du sommeil. Malheureusement cet appareil n'est pas pris en charge par l'AME

et lui a couté 160 euros. L'eau locale lui cause des démangeaisons de peau et elle doit prendre des

médicaments spécifiques qui ne sont pas non plus éligibles à l'AME. Cette année, c'est la 5ème fois qu'elle

renouvelle sa carte AME. Elle est suivie par un médecin traitant de l'hôpital, dans lequel elle bénéficie des

premiers soins, qu'elle voit régulièrement.

Brahim, malien de 35 ans, présente plusieurs problèmes de santé liés à sa condition

précaire et irrégulière, bénéficie de l'AME

Brahim, malien de 35 ans, arrivé en France en 2019 en passant par le Maroc et l'Espagne, en traversant la

Méditerranée en bateau. Brahim a grandi au Mali mais a voulu partir pour la France à l'âge de 32 afin de

travailler pour avoir de meilleures conditions de vie et envoyer de l'argent à ses parents. En effet, Brahim

et sa famille étaient très pauvres au Mali. Il travaillait et gagnait l'équivalent de 30 euros par mois.

Aujourd'hui Brahim travaille dans des chantiers. Ses conditions de travail sont très éprouvantes, il a de

très grosses journées où il rentre chez lui à une heure du matin pour repartir à cinq heures du matin le

lendemain. De plus, son patron ne le paye pas toujours, mais il ne peut rien dire car son travail n'est pas

déclaré. Il est hébergé chez un ami à lui qui vit dans une résidence sociale, il a un matelas installé dans le

couloir et aimerait un autre endroit pour se reposer. Brahim a pour projet de faire une demande de titre

de séjour pour avoir un travail déclaré et vivre décemment.

Brahim présente plusieurs problèmes de santé qui sont directement liées à sa condition d'homme migrant

précaire et sans-papiers. Tout d'abord, il s'est blessé le pied au Maroc en fuyant la police qui le

pourchassait dans la forêt pour le renvoyer au Mali. Aujourd'hui, Brahim a des maux de têtes et des

problèmes ophtalmologiques qui sont, d'après son médecin, les conséquences du manque de sommeil. Il

a désormais besoin de lunettes. Deux mois après son arrivée en France, il s'est rendu à une permanence

de Migrations Santé où il a été orienté par une connaissance pour son problème de pied. Il a aujourd'hui

un médecin traitant qu'il a beaucoup vu au cours de l'année 2021 pour ses problèmes de pieds et ses

problèmes ophtalmologiques.

Brahim a l'AME depuis 2019. Il ne connaissait pas du tout cette aide sociale avant de venir en France, c'est

Migrations Santé qui lui a fait découvrir. Il n'a jamais eu de difficultés administratives pour avoir l'AME et

arrive à régler ses soins avec sa carte. Cependant, il lui est déjà arrivé de se faire refuser dans une

pharmacie qui ne prenait pas l'AME, il s'est donc simplement rendu dans une autre pharmacie qui l'a

acceptée. Brahim est inquiet par la menace de suppression de l'AME, cela pourrait avoir de graves

conséquences sur sa santé : « Si y'a pas l'AME et si y'a encore des problèmes de santé c'est grave ».

Alana, colombienne de 40 ans, présente des douleurs osseuses pour lesquelles elle est

suivie et traitée grâce à l'AME

Alana, colombienne arrivée en France en 2019 avec son époux et ses trois fils pour prétendre à une

meilleure qualité de vie ; la santé, l'apprentissage d'une nouvelle langue et le niveau d'éducation afin de

trouver un meilleur travail étaient ses principales motivations. Elle a grandi à Bogota, fait des études et a

travaillé là-bas dans le domaine de la santé et de l'administration. Sa famille a immigré avec elle et ses

trois fils sont scolarisés au lycée et parlent français. Aujourd'hui, elle est toujours en attente d'une

régularisation afin de pouvoir suivre une formation et avoir un permis de travail.

Elle présente une problématique de santé ; des douleurs osseuses qu'elle avait déjà en Colombie, mais

pour lesquelles elle ne pouvait pas être suivie et traitée en raison du coût élevé et des délais d'attente

trop longs pour et entre les soins. Aujourd'hui, ses douleurs ont diminué et elle considère que son état de

santé s'est foncièrement amélioré car elle est suivie par un généraliste et des spécialistes qui lui

prescrivent les médicaments adaptés.

Alana a bénéficié de l'AME depuis 2019, trois mois après son arrivée en France. Elle a connu le dispositif

par une amie colombienne. Tous les soins dont elle a besoin sont pris en charge par le dispositif : elle parle

par exemple des petites urgences, elle s'est foulée une cheville et a pu avoir rapidement accès à des soins.

Elle utilise une application de prise de rendez-vous médicaux en ligne, qu'elle trouve très pratique : les

rendez-vous sont rapides, proches de chez elle ou de son lieu de travail. Elle utilise les filtres de

l'application qui lui permettent de sélectionner uniquement des médecins qui déclarent prendre des

patients bénéficiant de l'AME et qui comprennent l'espagnol : de ce fait, elle ne s'est jamais faite refuser



des soins, se sent bien accompagnée en France en matière de santé et a de très bons rapports avec ses

médecins.

En revanche, la sœur et la nièce d'Alana, arrivées il y a quinze jours en France, rencontrent un frein

particulier : les deux présentent une insuffisance rénale qui doit rapidement être prise en charge, mais ne

sont pas sur le territoire français depuis assez longtemps pour prétendre à l'AME. Elles sont, de fait,

venues solliciter l'aide de notre association à ce propos. Alana a entendu parler à la télévision de la

potentielle interruption de l'AME et envisage les graves conséquences d'une telle décision ; elle déclare

que ce serait une atteinte à l'humanité des personnes, dans la mesure où la santé est un besoin et un

droit commun. « La santé c'est la vie » déclare-t-elle.

Zoumana, ivoirien de 61 ans, souffre d'hypertension, qu'il parvient à contrôler grâce

à l'AME

Zoumana, ivoirien de 61 ans arrivé en France en 2017 en avion pour régler ses problèmes de santé. Son

épouse était déjà en France et avait au départ un travail non déclaré. Elle a aujourd'hui obtenu ses papiers

mais Zoumana est toujours en attente des siens. Ils résident tous les deux dans les Yvelines et leurs deux

enfants sont au pays. En Côte d'Ivoire, il travaillait mais il est maintenant à la retraite. Zoumana semble

motivé à travailler en France lorsqu'il sera régularisé « Je me dis qu'au moins jusqu'à 70 ans je peux

travailler et je travaillerai! ». Il a tenté de s'engager en tant que bénévole chez Migrations Santé mais sa

situation pour l'instant irrégulière ne lui a pas permis de poursuivre pour des raisons administratives.

À son arrivée en France, Zoumana s'est directement rendu à l'Hôpital, où les urgentistes ont descellé une

forte tension et l'ont redirigé à l'association Médecins Sans Frontières, où il a été orienté pour une prise

en charge au laboratoire et à l'Hôpital Bichat. C'est Médecins Sans Frontières qui l'a invité à faire une

demande AME pour bénéficier d'un traitement. Il n'a pas rencontré de difficultés quant à l'obtention de

sa carte. Les premiers soins ont été espacés (un an d'attente pour un second rendez-vous) mais depuis,

des visites régulières et des médicaments lui ont été prescrits. Au fil du temps, sa situation s'est améliorée,

il est beaucoup moins fatigué. Le traitement, pris en charge par l'AME l'aide beaucoup. Mis à part ses

problèmes de tension, Zoumana se considère en parfaite santé et estime avoir de la chance pour son âge.

Il a un médecin traitant avec qui il a un suivi régulier. Il a aussi pu bénéficier de soins et de tests Covid-19

avec sa carte AME. Toutefois l'AME ne couvre pas tous ses besoins : il doit par exemple payer ses lunettes.



Zoumana est extrêmement reconnaissant quant au système de soins français et aux associations médiatrices comme la nôtre. Il insiste sur les bienfaits de l'AME : « C'est vraiment une nécessité ! Elle est vitale ! [...] Sans ça l'AME, peut-être qu'on allait voir des dizaines et des dizaines de morts. Aujourd'hui on dépense de l'argent en sauvant des vies, et il n'y a rien de tel ! Je pense que la France a vu juste ! C'est vraiment un pays de liberté ! ». Il explique avoir orienté plusieurs personnes de sa communauté à la demander car le dispositif est encore peu connu : « il y a des gens ils savent même pas de quoi il s'agit et moi je leur dit qu'il faut qu'ils aillent vers des structures qui peuvent les renseigner ; parce que souvent quand on arrive on a peur ! »