

L'aide médicale d'État en sursis

Lola Isidro and Caroline Izambert



Electronic version

URL: <https://journals.openedition.org/revdh/19426>

DOI: 10.4000/revdh.19426

ISSN: 2264-119X

Publisher

Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux

Electronic reference

Lola Isidro and Caroline Izambert, "L'aide médicale d'État en sursis", *La Revue des droits de l'homme* [Online], Actualités Droits-Libertés, Online since 09 February 2024, connection on 09 February 2024.

URL: <http://journals.openedition.org/revdh/19426> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/revdh.19426>

This text was automatically generated on February 9, 2024.

The text and other elements (illustrations, imported files) are "All rights reserved", unless otherwise stated.

L'aide médicale d'État en sursis

Lola Isidro and Caroline Izambert

- 1 Dès mai 2023, le ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, annonçait dans la presse son intention de réformer l'aide médicale d'État (AME), le dispositif permettant la prise en charge des soins des personnes étrangères démunies en situation irrégulière résidentes sur le sol français¹. Quelques mois plus tard, le même Gérald Darmanin qualifie de « cavalier législatif évident » la suppression de l'AME par le Sénat et son remplacement par une aide médicale d'urgence dans le projet de loi « immigration »², tout en renvoyant à une réforme à une échéance ultérieure. L'AME est à l'évidence malmenée.
- 2 Datant de la loi « Couverture maladie universelle (CMU) » du 27 juillet 1999, l'AME est une prestation sociale d'exception : elle a pour seul public les étrangers en situation irrégulière, alors exclus de l'assurance maladie sur critère de résidence (« la CMU ») et de la CMU complémentaire (CMU-C), du fait du critère de régularité de séjour. Celui-ci conditionne en effet le bénéfice des prestations sociales pour les étrangers depuis la loi du 13 août 1993 « relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France ».
- 3 Depuis sa création, l'AME est régulièrement prise pour cible par les parlementaires positionnés le plus à droite à l'occasion de la discussion annuelle de son budget dans le cadre du projet de loi de finances. En novembre 2023, c'est dans le cadre des débats relatifs au projet de loi « immigration » que le Sénat vote sa suppression pour la remplacer par un seul accès aux soins urgents. Cette mesure suscite une forte contestation : 3 000 soignants appellent au maintien de l'AME en soulignant, entre autres, la mise en péril du système de santé³. « Nous, soignants du terrain, écrivent-ils, sommes extrêmement préoccupés à l'idée de devoir soigner dans un système de santé amputé de l'AME, car celui-ci serait alors exposé à un risque de paralysie. Les personnes étrangères sans papiers n'auraient d'autre choix que de consulter dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les services d'accueil et d'urgences, déjà fragilisés et en tension, et qui se trouveraient à nouveau contraints d'assumer les conséquences de décisions politiques éloignées de nos réalités ».
- 4 Alors que la loi « pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration » adoptée le 19 décembre renforçait, dans sa version soumise au Conseil constitutionnel, la soumission

des dispositifs de protection sociale aux objectifs de lutte contre l'immigration, notamment concernant l'accès aux prestations familiales pour les étrangers en situation régulière⁴, il est à craindre que la réforme annoncée de l'AME approfondisse la subordination de la protection sociale aux objectifs de la politique migratoire, au mépris des buts originels de ce dispositif, en l'occurrence la préservation de la santé individuelle et publique.

I/- L'AME, une couverture sociale tributaire de l'obsession migratoire

- 5 Pour comprendre les ressorts de l'AME et de ses évolutions passées et à venir, un retour sur les caractéristiques de la protection sociale des personnes étrangères en France s'impose⁵. Il révèle qu'il n'a jamais été question de traiter les non nationaux à l'identique des Français. Dès les premières grandes lois sociales adoptées à la fin du 19^e siècle sous la Troisième République, la protection sociale est marquée d'une empreinte nationale, les bénéficiaires privilégiés sont identifiés parmi les nationaux. Un certain nombre de prestations est réservé à ces derniers ; quant aux prestations ouvertes aux étrangers, leur accès est plus ou moins limité, en considération, notamment, de la qualité de travailleur des intéressés. Cette conception nationale, voire nationaliste, de la protection sociale s'est maintenue jusqu'à nos jours. Elle a toutefois été atténuée sous l'effet, après la Seconde Guerre mondiale, de la construction européenne⁶ et de la montée en puissance des droits de l'homme⁷, ce qui a conduit à invalider la condition de nationalité⁸. Au désir de faire Nation, s'est progressivement substitué la préoccupation d'éviter toute forme de déstabilisation de la collectivité nationale, notamment celle qui pourrait provenir de l'immigration. C'est dans ce climat qu'est décidée en période de crise économique, dans les années 1970, la fermeture des frontières. Loin de concerner les seules frontières territoriales, cette décision s'accompagne alors d'une reconfiguration des frontières de la protection sociale. Les pouvoirs publics décident en effet de conditionner l'accès à certaines prestations sociales à la régularité du séjour sur le territoire français. En 1993, à l'occasion d'une loi « relative à la maîtrise de l'immigration », la condition de régularité de séjour est généralisée à l'ensemble des prestations sociales, sauf exception (par exemple en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles). La loi de 1993, aussi connue sous le nom de « loi Pasqua », achève ainsi de diffuser la logique de la police des étrangers dans le droit de la protection sociale : les personnes étrangères se voient reconnaître un droit à la protection sociale⁹, mais la jouissance de celui-ci est conditionnée à la régularité de leur situation administrative, car, comme l'énonce l'intitulé de la loi, il faut « maîtriser l'immigration ». Ce dernier objectif n'a eu de cesse d'être répété depuis¹⁰, jusqu'à la loi adoptée le 19 décembre 2023 qui entend « contrôler l'immigration ». Mais quel est le lien entre accès aux prestations sociales et maîtrise, ou contrôle, de l'immigration ?
- 6 Maîtriser, ou encore garder l'immigration sous contrôle, sous-entend que celle-ci est potentiellement incontrôlable. Poursuivre un objectif de maîtrise de l'immigration, c'est à tout le moins considérer que celle-ci ne doit pas s'accroître et, qu'à cet égard, elle doit être contenue et ne pas être encouragée. C'est en définitive estimer qu'il existe un « risque migratoire »¹¹. En quoi limiter l'accès des étrangers à la protection sociale peut-il contribuer à prévenir ou bien à réparer un tel risque ? Le lien de cause à effet(s)

ainsi établi repose sur deux convictions et une croyance. La conviction, d'abord, que la présence d'étrangers en France est par définition provisoire, car l'étranger est originellement, et serait donc fondamentalement, un immigré qui doit repartir dans son pays d'origine¹². De cette conviction en découle une autre : celle qui conduit à penser que ne pas octroyer de droits aux personnes en situation irrégulière peut pousser ces dernières à quitter la France. En 1993, Charles Pasqua, ministre de l'Intérieur, présente ainsi les mesures de restriction de l'accès à la protection sociale : « *Il s'agit enfin de lutter efficacement contre l'immigration irrégulière, en réservant aux étrangers en situation régulière sur le plan du séjour ou du travail le bénéfice de l'affiliation aux régimes de sécurité sociale et celui des prestations sociales, comme en renforçant la législation contre la reconduite à la frontière*¹³ ». Il y a enfin la croyance que nombreuses sont les personnes étrangères qui s'installent en France dans le seul but d'y bénéficier de prestations sociales et que, par conséquent, être souple sur l'octroi desdites prestations expose le pays à un afflux d'étrangers. Toujours dans la discussion de la loi du 24 août 1993, Francis Delattre, député UDF du Val d'Oise, déclare : « *Notre système de protection sociale constitue un élément de l'effet d'appel à l'immigration*¹⁴ ». Dans ces conditions, restreindre l'accès aux prestations sociales contribuerait à limiter la venue d'étrangers sur le territoire. À l'origine de ce raisonnement s'ancre un poncif : celui qui consiste à penser que les prestations sociales constituent un facteur majeur d'attraction et que les migrations sont essentiellement motivées par la perspective de bénéficier d'un certain nombre de droits sociaux, d'en « profiter », voire d'en abuser. C'est le fameux mythe de l'« appel d'air »¹⁵. C'est au nom de cette idée, et sur fond de discours de « crise de l'État-providence »¹⁶ et de montée du chômage que la condition de régularité du séjour a été introduite en droit de la protection sociale dans les années 1970. Les prestations familiales constituent le premier terrain d'expérimentation significatif. En 1975, l'exigence relative à l'exercice d'une activité professionnelle pour bénéficier de ces prestations (dont les allocations familiales) est supprimée ; en revanche, le code de la sécurité sociale (à l'époque, l'article L. 512) est modifié pour subordonner le bénéfice des prestations à la possession d'un titre de séjour. En 1986, dans le cadre d'une réforme relative à la famille¹⁷, la condition de régularité est en outre renforcée ; il est alors exigé des enfants étrangers à charge d'allocataires étrangers (en situation régulière) soit d'être titulaires d'un titre de séjour, s'ils sont majeurs, soit d'être nés en France ou d'y être entrés dans le cadre de la procédure de regroupement familial, s'ils sont mineurs (c'est donc précisément dans ce dernier cas l'entrée en France qui se doit d'être régulière, les mineurs n'étant ensuite pas tenus de posséder un titre pour séjourner sur le territoire). À ces conditions seulement les enfants peuvent-ils ouvrir droit aux prestations. Les travaux parlementaires de l'époque soulignent que la condition « *est inspirée par la crainte que l'attribution d'allocations familiales au titre d'enfants entrés en France en méconnaissance des règles du regroupement familial n'incite à l'avenir les parents à faire venir de l'étranger des enfants dont la qualité de l'accueil en France ne pourrait plus être vérifiée et ne compromette ainsi globalement les conditions d'une vie familiale normale des étrangers en France* », étant entendu que le regroupement familial est soumis à un certain nombre de conditions liées à la qualité de vie de la famille en France (revenus, logement). La « normalité » de la vie familiale apparaît ainsi comme un prérequis à la jouissance des prestations, là où on pourrait, à l'inverse, soutenir que le droit aux prestations familiales participe du droit de mener une vie familiale normale. Pour les personnes étrangères, le raisonnement s'inverse. La normalité ne renvoie plus à l'idée pour les membres d'une même famille de vivre ensemble, mais elle

implique le respect d'un certain nombre de conditions qui, si elles ne sont pas remplies, ne peuvent permettre à ladite famille de se prévaloir de son droit à une vie normale. La spécificité pour les étrangers du droit de mener une vie familiale normale, qui comprend un droit au regroupement familial, relègue ainsi la protection sociale au second plan. Une telle subordination de la protection sociale au droit de l'immigration est présentée d'une manière favorable, comme étant dans l'intérêt notamment des enfants. Elle part cependant du postulat selon lequel les migrations sont motivées par la perspective d'accéder à un certain nombre de droits sociaux en France, notamment les prestations familiales, empiriquement non vérifié, et même contredit¹⁸. Poser une telle exigence en matière d'attribution des prestations familiales, stricte car elle implique pour les parents de venir au préalable sans leurs enfants, puis de mettre en œuvre la lourde procédure de regroupement familial, permettrait à l'État français de s'assurer que les migrations sont guidées par d'autres raisons que celle de « profiter » du système social français.

- 7 Ce détour par les prestations familiales permet de mesurer à quel point la protection sociale est mise au service de la politique migratoire. Bien que l'AME ne soit pas subordonnée à une condition de régularité du séjour, elle n'en illustre pas moins également cette orientation, car si l'AME existe, c'est précisément, car les résidents sans-papiers ont été exclus du bénéfice de la prise en charge des frais de santé organisée par la sécurité sociale, aussi bien au niveau de la couverture de base que de la protection complémentaire. Or, si elle est réservée aux sans-papiers, l'AME ne les couvre pas tous pour autant. En tant qu'aide sociale poursuivant un but humanitaire, elle n'est ouverte qu'aux plus démunis d'entre eux, celles et ceux dont les ressources ne dépassent pas un certain seuil (actuellement, 765 € par mois pour une personne seule), ce qui exclut notamment bon nombre de travailleurs et travailleuses sans-papiers. En outre, le panier de soins de l'AME, identique sur certains points à celui de la sécurité sociale (soins de ville et à l'hôpital), est, sur d'autres prestations essentielles (optique, prothèses dentaires, audiologie), plus limité.
- 8 Ajoutées à cela, les réformes régulières dont l'AME est l'objet depuis sa mise en place¹⁹ soulignent la volonté des pouvoirs publics de limiter toujours plus le périmètre d'une aide perçue comme étant de moins en moins légitime et accusée d'être la cause d'un « tourisme médical »²⁰ (pendant sanitaire du supposé « appel d'air »). Au titre des différentes restrictions, on relèvera notamment l'introduction en 2002²¹ d'une condition de résidence préalable de trois mois sur le territoire, renforcée en 2019 par l'exigence d'une situation irrégulière durant cette période²², l'instauration en 2011 d'un droit de timbre annuel de 30 € (supprimé deux ans plus tard), la fin de la prise en charge en 2015 des médicaments à service médical rendu (SMR) faible (par exemple, le Spasfon, le Gaviscon), ou encore l'instauration en 2020 d'un délai de carence de neuf mois pour les soins considérés comme non urgents (par exemple, l'opération de la cataracte). Des mesures qui préfigurent une transformation plus profonde de l'AME, jusqu'à sa suppression ? C'est ce qui est réclamé chaque année, à l'occasion des débats sur la loi de finances, par une certaine frange de la classe politique. C'est ce qu'a adopté le Sénat à l'occasion de l'examen du projet de loi « immigration », lorsqu'il a substitué à l'AME une aide médicale d'urgence.
- 9 Le rapport Évin-Stefanini sur l'AME publié début décembre 2023²³ a écarté l'option de la suppression de l'AME. Il comporte toutefois des mesures qui renforcent encore l'emprise de la politique migratoire sur ce dispositif de protection sociale.

II/- L'avenir de l'AME : vers un renforcement de la soumission à la politique migratoire

- 10 Par lettre de mission du 10 octobre 2023, la Première ministre, Elisabeth Borne, a commandé un rapport à Claude Évin, ancien ministre de la Santé, marqué à gauche, et à Patrick Stefanini, conseiller d'État et ancien préfet, figure politique de droite, afin d'évaluer le dispositif et formuler des propositions d'évolution. Cette demande est venue s'ajouter aux travaux pourtant déjà nombreux, émanant des inspections générales et de commissions parlementaires, réalisés depuis 20 ans, faisant de l'AME l'une des prestations sociales les plus explorées dans la littérature grise. En 2019 notamment, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances avaient déjà étudié la pertinence de l'AME du point de vue de la santé publique et de l'organisation du système de soins, la part éventuelle de la fraude et des abus, etc.²⁴. Initialement fixée au 15 janvier 2024, la date de remise du rapport Évin-Stefanini a été ramenée au 4 décembre 2023, en particulier en réaction à la suppression de l'AME par les sénateurs le 7 novembre 2023²⁵.
- 11 Comme l'ensemble des rapports précédents, le document remis par Claude Évin et Patrick Stefanini confirme l'intérêt d'une couverture maladie large des personnes en situation irrégulière résidentes sur le territoire français, d'un accès au système de santé de droit commun et à la prévention, et souligne les risques auxquels la population et le système de santé seraient exposés en cas de suppression de l'AME. Il est rappelé qu'une limitation de la prise en charge aux seules urgences engorgerait des services déjà débordés, générerait des dépenses – la prise en charge d'une pathologie à un stade avancé étant plus coûteuse –, limiterait la possibilité de traiter et de prévenir des pathologies graves, dont certaines constituent une menace pour la santé publique. Le rapport souligne avec une insistance nouvelle qu'une limitation aux seuls soins urgents soumettrait les praticiens à des conflits éthiques permanents et insolubles, écartelés entre, d'un côté, leur obligation déontologique à soigner au mieux toute personne qui se présente à eux et, de l'autre, la demande de distinguer la prise en charge et les prescriptions selon que leur patient détient ou non un titre de séjour.
- 12 De façon plus affirmée que dans les publications précédentes, le document bat en brèche deux arguments centraux des tenants d'un projet de restriction drastique de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. D'une part, il est souligné que « l'AME n'apparaît pas comme un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration²⁶ ». L'affirmation est conforme aux résultats de la recherche sur le sujet, qui montrent que les facteurs structurants de la migration ne sont pas à chercher dans la perspective de bénéficier d'une couverture maladie, ne serait-ce que parce que cette possibilité est au demeurant souvent ignorée par les personnes qui s'engagent dans un parcours migratoire²⁷. Si l'idée d'« appel d'air » est rejetée, il est en revanche affirmé que l'AME contribuerait « au maintien en situation de clandestinité d'étrangers dont elle est parfois le seul droit²⁸ ». Néanmoins, aucune donnée ne vient étayer cette hypothèse et la cohérence des deux affirmations est fragile : pourquoi des personnes venues en France du fait de l'existence d'une communauté d'origine et de liens familiaux, d'opportunités d'activité économique et, pour certains, de la connaissance de la langue française, resteraient-elles sur le territoire au vu de la seule possibilité de bénéficier d'un accès aux soins ? Les observations de terrain ne révèlent en outre aucune spécificité dans la

consommation de soins par rapport aux assurés sociaux aux revenus équivalents²⁹. Les intéressés ne restent donc pas en France pour bénéficier d'une certaine couverture.

- 13 D'autre part, le rapport remet en cause l'approche comparative à l'échelle européenne qui a souvent conduit, notamment au Parlement, à qualifier le système français de « généreux » à l'égard des étrangers en situation irrégulière relativement à la situation dans les autres pays de l'Union³⁰. La diversité des organisations administratives et des systèmes de santé ou encore la place dévolue aux structures associatives et caritatives pour l'accès aux soins des plus précaires selon les pays ne permettent pas une comparaison terme à terme et relativisent la pertinence de la démarche. On pourrait également ajouter que les maigres possibilités d'obtenir un titre de séjour pour des personnes présentes de longue date sur le territoire, conduisant à une augmentation mécanique du nombre de sans-papiers, singularisent la politique migratoire française à l'échelle européenne³¹.
- 14 Tout en ayant fragilisé l'édifice argumentatif des contempteurs de l'aide médicale d'État, le rapport formule une série de propositions contradictoires, reflétant probablement les orientations différentes de ses auteurs, tenus de surcroît par des délais plus que serrés. Quelques-unes de ces propositions visent à améliorer l'efficacité du dispositif au regard de ses objectifs initiaux, quand d'autres cherchent à renforcer le contrôle de l'accès à la prestation et poursuivent la volonté de la soumettre aux objectifs de la politique migratoire.
- 15 D'abord, les rapporteurs ouvrent la possibilité d'une ouverture de droits pour deux ans (et non plus un an comme c'est le cas actuellement), afin d'alléger la charge pour les demandeurs comme pour l'administration³². Il est également proposé la mise en place d'un bilan de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé des personnes³³. Ces mesures contribueraient à fluidifier le parcours des personnes. À une condition cependant : la visite médicale devrait être organisée dans une stricte perspective de médecine de prévention et rester facultative pour l'accès à la prestation. Elle viserait ainsi à orienter les personnes dans le système de soins, et non pas à déterminer l'accès ou non à certains droits en fonction de l'état de santé – en renvoyant par exemple vers le pays d'origine pour le suivi médical en cas de découverte de pathologies lourdes comme l'évoque également le rapport³⁴.
- 16 Ensuite, une série de mesures vise à accroître les contrôles par les caisses primaires d'assurance maladie en charge de l'examen des demandes, en exigeant la présence physique des demandeurs pour le dépôt de la demande et en renforçant les exigences de documents administratifs ainsi que les croisements avec les fichiers des préfectures. Les travaux associatifs ont pourtant démontré que l'obtention de l'AME relevait déjà du parcours du combattant et que les caisses primaires d'assurance maladie avaient des difficultés à traiter les demandes dans des délais acceptables³⁵. Par ailleurs, sous couvert de simplifier le système et d'éviter les bascules d'une prestation à l'autre, il est proposé que les demandeurs d'asile, qui bénéficient aujourd'hui du statut d'assuré social via la PUMa (Protection universelle maladie/prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie) et de la complémentaire santé solidaire (C2S/ex CMU-C), relèvent désormais de l'AME³⁶. Dans l'hypothèse où ils seraient déboutés de l'asile et se retrouveraient donc en situation irrégulière, ils ne changeraient pas de « statut » au regard de la protection maladie. De l'aveu même des rédacteurs, la mesure augmenterait le nombre de bénéficiaires de l'AME et alourdirait la charge pour l'État – l'AME étant financée sur le budget de l'État et non par l'assurance maladie. Surtout, en

assignant aux demandeurs d'asile – en situation régulière pendant l'examen de leur requête – une prestation historiquement dédiée aux étrangers en situation irrégulière, la mesure renforcerait la forte délégitimation du droit d'asile et de la procédure qui l'accompagne, soupçonnée d'être détournée pour permettre l'installation sur le territoire.

- 17 Enfin, il est proposé « *le retrait du droit à l'AME pour les personnes frappées de mesures d'éloignement pour motif d'ordre public*³⁷ ». Alors que l'ensemble des analyses ont démontré que l'AME n'était pas un avantage ou un privilège, mais une nécessité tant pour le respect des droits fondamentaux que pour la préservation de la santé publique et du système de santé, il est proposé de déchoir de l'accès à la prestation des personnes jugées imméritantes³⁸. En quoi les pathologies de ceux et celles concernées soulèveraient moins de préoccupations épidémiologiques et de nécessité de prise en charge que les autres ? En quoi les conflits éthiques pour les soignants ne seraient-ils pas moins vifs dans cette configuration ? Ces points ne sont pas élucidés par les auteurs. Dans la pratique, certaines catégories de personnes voient leur accès aux soins dégradé, car elles n'en sont pas jugées dignes : c'est le cas des personnes détenues en prison, par exemple, dont l'accès à la santé est notoirement entravé³⁹. Cependant, cette situation ne connaît pas de traduction juridique. En introduisant pour une catégorie, certes numériquement réduite, une forme de conditionnement de la couverture santé en fonction des actes et des comportements, une brèche serait ouverte vers une remise en cause de l'égalité de dignité à être soigné.
- 18 Une autre proposition enfin – dont il est précisé qu'elle n'a pas fait l'objet de consensus au sein de la mission – est l'obligation d'introduire une demande d'admission au séjour avant de solliciter un renouvellement d'AME. Les effets de la mesure sont évidents : les étrangers en situation irrégulière qui douteraient de leur possibilité d'obtenir une régularisation ne prendront pas le risque de se présenter en préfecture de peur que leur demande débouche sur une mesure d'éloignement, et renonceront donc à l'AME. La mesure contribuerait dès lors à alimenter un non-recours déjà massif : près d'une personne éligible sur deux ne fait pas valoir ses droits à l'AME⁴⁰. Faute de prise en charge et menacées de devoir se dénoncer à la préfecture, les personnes ne solliciteraient les services de santé qu'en cas d'ultime nécessité, avec les conséquences qu'on peut imaginer. En institutionnalisant ainsi le lien entre police de l'immigration et accès aux soins dans l'étude du dossier, et en dégradant la confiance que les personnes ont dans les institutions de soins, en raison de leur fonctionnement étanche avec les autorités préfectorales, le sens de la prestation serait annihilé. Il s'agirait d'une forme de suppression à bas bruit de l'AME, qui exposerait l'ensemble de la collectivité et des personnes aux risques, bien décrits par le rapport lui-même, engendrés par une limitation de l'aide médicale aux soins urgents.

*

- 19 Issues d'un rapport traversé de contradictions qui reflètent les dissensions de ses auteurs, les propositions exposées laissent toute latitude au Gouvernement pour donner à la réforme de l'AME annoncée la coloration répondant aux objectifs politiques du moment.
- 20 Alors que la loi « immigration » entendait renforcer de façon très poussée, confinant à la préférence nationale, la limitation de l'accès aux prestations sociales des personnes

étrangères et que l'engagement à réformer l'AME a été pris afin de s'assurer le soutien de la droite dans l'adoption de la loi, le risque est élevé que les mesures les plus répressives soient retenues lorsque l'AME viendra à être réformée. Reste à savoir si la mobilisation du monde soignant et de la société civile sera suffisante pour éviter une réforme qui engagerait les institutions de soins, malgré elles, dans la construction d'un « environnement hostile »⁴¹ aux immigrés, pour reprendre l'expression utilisée par le gouvernement britannique.

*

Les Lettres « Actualités Droits-Libertés » (ADL) du CREDOF (pour s'y abonner) sont accessibles sur le site de la Revue des Droits de l'Homme (RevDH) – Contact

NOTES

1. V. l'entretien accordé au *Parisien*, « Gerald Darmanin répond à LR sur l'immigration : "Chiche, travaillons ensemble !" », paru le 27 mai 2023.
2. Déclaration de G. Darmanin sur le projet de loi, à l'Assemblée nationale, le 21 novembre 2023, <https://www.vie-publique.fr/discours/292111-gerald-darmanin-21112023-politique-de-limmigration>.
3. « L'appel de 3 000 soignants : nous demandons le maintien de l'aide médicale d'État pour la prise en charge des soins des personnes étrangères », *Le Monde*, 2 novembre 2023.
4. Dispositions finalement censurées sur le fondement procédural de l'article 45 de la Constitution (« cavalier législatif »), v. décision n° 2023-863 DC du 25 janvier 2024, not. cons. 91 s.
5. L. Isidro, *L'étranger et la protection sociale*, Dalloz, coll. Nouvelle bibliothèque de thèses, 2017.
6. V. par ex. CJCE 31 janvier 1991, *Kziber*, aff. C-18/90.
7. CEDH 16 septembre 1996, *Gaygusuz c. Autriche*, req. n° 17371/90.
8. Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990, dite « *Égalité entre Français et étrangers* ».
9. Décision n° 93-1027 DC du 24 août 1993, *Maîtrise de l'immigration*.
10. Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France ; loi n° 93-1417 du 30 déc. 1993 portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration et modifiant le code civil ; loi n° 2003-1119 du 26 nov. 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité ; loi n° 2007-1631 du 20 nov. 2007 relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile ; loi n° 2018-778 du 10 sept. 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie.
11. La notion de « risque migratoire » est surtout utilisée dans le cadre de la politique migratoire à l'échelle de l'Union européenne. L'agence Frontex en particulier publie régulièrement des rapports portant sur l'analyse des risques migratoires. Dans ce cadre, de tels risques s'entendent de la présence de personnes migrantes en situation irrégulière aux frontières de l'Espace Schengen.
12. A. Sayad décrit une « illusion du provisoire », v. *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. L'illusion du provisoire (tome 1)*, Raisons d'agir, 2006.

13. Discussion de la loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, première lecture à Assemblée Nationale, 15 juin 1993, p. 1614.
14. *Ibid.*, p. 1639.
15. L'usage de cette expression, dans ce contexte, revient à A. Griotteray, *Les immigrés : le choc*, Plon, 1984. V. A. Hochet, « L'immigration dans le débat politique français de 1981 à 1988 », *Pouvoirs* 1988, n° 47, p. 26.
16. P. Rosanvallon, *La crise de l'Etat-providence*, Seuil, 1992.
17. Loi n° 86-1307 du 29 déc. 1986.
18. A. Chemin, « Immigration : le mythe de « l'appel d'air » », *Le Monde*, 11 janvier 2023.
19. C. Izambert, « Menace sur l'aide médicale d'Etat », *Plein droit* 2020/1, n° 124, p. 43.
20. V. not. C. Mouzon, « L'AME, ou le fantasme du « tourisme médical » », *Alternatives économiques* 2020/1, n° 397, p. 40 qui revient sur l'enquête « Premier pas » citée *infra*.
21. Loi n° 2002-1576 du 30 déc. 2002, loi de finances rectificative pour 2003.
22. Loi n° 2019-1479 du 28 déc. 2019, loi de finances pour 2020. Cela signifie, par exemple, qu'un demandeur d'asile débouté qui se maintient sur le territoire ne peut immédiatement bénéficier de l'AME.
23. V. *infra*.
24. Inspection générale des affaires sociales (Igas) et Inspection générale des finances (IGF), *L'Aide médicale d'État : diagnostic et propositions*, 2019, <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>
25. Claude Évin et Patrick Stéfanini, *Rapport sur l'aide médicale de l'État*, décembre 2023, <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/292122.pdf>
26. *Ibid.*, p.22.
27. Pour une synthèse, C. Giulietti, "The welfare magnet hypothesis and the welfare take-up of migrants. Welfare benefits are not a key determinant of migration", *IZA World of Labor*, 2014: 37 doi: 10.15185/izawol.37, <https://wol.iza.org/articles/welfare-magnet-hypothesis-and-welfare-take-up-of-migrants/long>
28. C. Évin et P. Stéfanini, *op. cit.*, p.22.
29. Enquête Premier Pas, « Des assurés comme les autres
Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'État », Questions d'économie de la santé, novembre 2023. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/284-une-analyse-des-consommations-de-soins-de-ville-des-personnes-couvertes-par-l-aide-medicale-de-l-etat.pdf>
30. Deux exemples de l'utilisation de l'adjectif : Véronique Louwagie, députée les Républicains de l'Orne, dans son rapport pour la commission des affaires sociales préalable à la discussion du PLFSS 2023 écrit : « Le système français d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est l'un des plus généreux de l'Union européenne » et Robin Reda, député Renaissance de l'Essonne, dans l'exposé des motifs de sa proposition déposée en avril 2022 visant à « moderniser les dispositifs rattachés à l'aide médicale de l'État pour une meilleure traçabilité financière et migratoire » souligne : « En dépit d'un socle juridique commun à l'ensemble des États membres de l'Union européenne, le dispositif français est souvent désigné comme le plus généreux. »
31. S. Casella Colombeau, « Les régularisations, composantes des politiques migratoires », *Plein droit* 2020/3, n° 126, p. 3.
32. C. Évin et P. Stéfanini, *op. cit.*, p. 29.
33. *Ibid.*, p. 31.
34. *Ibid.*, p. 37.
35. Rapport d'enquête interassociatif, *Entraves dans l'accès à la santé : les conséquences de la réforme de 2019 de l'AME*, avril 2023, <https://www.lacimade.org/publication/rapport-denquete-entraves-dans-lacces-a-la-sante/>

36. C. Évin et P. Stéfanini, *op. cit.*, p. 29.
37. C. Évin et P. Stéfanini, *op. cit.*, p. 33. Selon le rapport, environ 13 000 personnes par an sont concernées, soit un peu moins de 10% des personnes ayant reçu une obligation de quitter le territoire français.
38. La distinction entre pauvres méritants et imméritants pour conditionner l'accès à des formes de soutien social est particulièrement ancienne. L'historien Giacomo Todeschini date du XII^e et XIII^e siècles la période où cette distinction devient le fondement de l'exercice de la charité dans l'Occident chrétien. Giacomo Todeschini, *Au pays des sans-nom : gens de mauvaise vie, personnes suspectes ou ordinaires du Moyen Âge à l'époque moderne*, Verdier, 2015.
39. Observatoire international des prisons, *La santé incarcérée. Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, juillet 2022.
40. « Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas », *Questions d'économie de la santé*, novembre 2019, <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-244-etudier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-sans-titre-de-sejour.html>
41. En 2012, Theresa May, alors ministre de l'Intérieur, déclare dans un entretien au *Telegraph* : "The aim is to create, here in Britain, a really hostile environment for illegal immigrants" (« L'objectif est de créer ici en Grande Bretagne un environnement hostile pour les immigrés illégaux »). Le terme désignera par la suite l'ensemble des mesures limitant l'accès aux services sociaux, aux banques, au permis de conduire ... pour les étrangers en situation irrégulière.
-

ABSTRACTS

Accusée d'alimenter l'immigration irrégulière et de grever les finances publiques, l'aide médicale d'État est périodiquement prise pour cible. Dans le cadre des débats relatifs à la loi « immigration », finalement promulguée le 26 janvier 2024, le Sénat avait entendu la supprimer et la remplacer par une aide médicale d'urgence, mesure écartée par le Gouvernement qui s'est néanmoins engagé à la réformer en 2024. L'aide médicale d'État, dispositif essentiel à la protection de la santé individuelle et publique, est plus que jamais en sursis.

AUTHORS

LOLA ISIDRO

Maîtresse de conférences en droit privé et sciences criminelles, Université Paris-Nanterre

CAROLINE IZAMBERT

Docteure de l'EHESS