

AIDE MEDICALE D'ETAT

AUDITION DU SAMUSOCIAL DE PARIS

Cette note vise à apporter des compléments sur le dispositif de l'AME à partir de l'expertise spécifique du Samusocial de Paris auprès du public exposé à la grande exclusion, et notamment les publics en rue.

Le Samusocial de Paris (SSP) est un Groupement d'Intérêt Public (GIP), acteur francilien de référence dans la lutte contre l'exclusion et la précarité, par ses actions auprès de tous les publics exposés à la vie en rue (ou à un habitat précaire). Il est un creuset d'expertise et d'innovation sociale et médico-sociale, visant à développer et faire la preuve des réponses possibles dans la lutte contre l'exclusion, à mesure de l'évolution de ses enjeux. Dès sa création, le SSP imagine des réponses innovantes à des besoins non-couverts, fédère des partenaires publics et privés autour d'actions pragmatiques, se rend auprès des personnes qui ne demandent plus rien, et développe une approche globale de la lutte contre l'exclusion alliant promotion de la santé et inclusion sociale.

Ce modèle comprend aujourd'hui des **missions d'aller vers** à travers ses équipes mobiles et ses accueils de jour ou de nuit ainsi que la coordination des maraudes parisiennes, **d'hébergement** via ses 9 CHU et sa pension de famille, **de soins** à l'appui de ses 170 Lits Halte Soins de Santé (LHSS), ses 25 Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), l'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) et la Mission Migrants ; **d'observation** et d'analyse coordonnées par son Observatoire, **et de régulation de l'offre d'hébergement** assurée par le 115 parisien, le service francilien de réservation hôtelière Delta, et le SIAO 75 (Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation).

Le Samusocial de Paris s'est constitué autour d'une lutte professionnelle quotidienne contre l'exclusion, afin de penser les réponses aux défaillances systémiques face à l'urgence sociale croissante, et l'Aide Médicale d'Etat en est un des outils de travail indispensable (malgré ses limites). Le SSP le constate au quotidien, la suppression de l'AME représente un risque pour tous et un non-sens pragmatique. **La surincidence des troubles de santé parmi les publics précaires**, en conséquence ou à l'origine de la précarisation, explique la dimension omniprésente des soins dans la lutte contre les exclusions qui concerne tous les services du Samusocial de Paris. **Les profils rencontrés sont souvent polypathologiques, complexes, porteurs de maladies chroniques** (diabète, HTA, asthme, épilepsie...), **de maladies liées au parcours migratoire et/ou à la vie à la rue** (respiratoires dont tuberculose, dermatologiques dont gales, ostéoarticulaires, psychiatriques dont psychotrauma...), d'un retard vaccinal, et de tous les troubles de santé pouvant concerner la population générale mais avec un retard dans les soins et un état pathologique souvent avancé. Le Samusocial de Paris intervient d'une part pour l'évaluation et l'orientation médicale (examens primaires, coordination de parcours, aide à la prise de rendez-vous, suivi médical, éducation thérapeutique, soins, préparations des traitements...), et d'autre part pour l'accompagnement social, avec des démarches souvent complexes à entreprendre (preuves d'identité, de présence, de ressources... souvent difficiles à réunir sous la bonne forme pour les publics les plus précaires).

► Un dispositif indispensable bien que déjà difficilement accessible

L'accès aux soins pour les personnes précaires est prévu par des dispositifs de solidarité, que sont la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour les personnes en séjour régulier, et l'AME (Aide Médicale

d'Etat) pour les personnes en séjour irrégulier, sous conditions. **Ces aides répondent à un objectif d'humanisme, mais aussi et surtout de santé publique et d'efficacité du système.**

L'AME est une aide sociale d'Etat, séparée de l'Assurance Maladie, avec **des conditions mais aussi des modalités d'accès particulièrement restreintes**. Elle s'adresse aux personnes en situation irrégulière (entrée irrégulière, maintien irrégulier après l'expiration d'un titre de séjour, ou plus rarement perte ou absence de toute identité administrative active), qui peuvent prouver leur présence irrégulière depuis plus de 3 mois sur le territoire (donc 3 mois après une entrée irrégulière ou une expiration d'un titre de séjour), et de très faibles ressources (<810€/mois pour une personne seule). Pour l'obtenir il faut entreprendre des démarches différentes selon le département, rarement adaptées aux personnes précaires ou peu francophones (obstacles de la langue, du numérique, des impératifs incompatibles par leur urgence respective, etc.), et obtenir un rendez-vous par des modalités dématérialisées ou un numéro (payant) avant de pouvoir se rendre au guichet CPAM physique, sous peine d'être éconduit sans autres renseignements¹.

De nombreuses études², concordantes avec les observations des professionnels du Samusocial de Paris, montrent que **près de 50% des personnes éligibles à l'AME n'y ont pas recours**, par méconnaissance (prouvant s'il le fallait que les réformes de l'AME n'influent pas sur les migrations, en hausse malgré les restrictions successives de celle-ci) ou en raison de sa complexité d'accès. Plus dramatique encore, la proportion de non-recours reste la même parmi les personnes porteuses de maladies chroniques. C'est le cas notamment du diabète, que nous retrouvons fréquemment parmi les publics rencontrés en rue (exposition renforcée aux facteurs de risque et hygiène de vie dégradée), et qui peut mener à une amputation – ou pire – s'il reste déstabilisé.

Témoignage de la Mission Migrants

La Mission Migrants est un dispositif mobile francilien d'accès aux soins pour les exilés, financé depuis 2015 par l'Agence Régionale de Santé pour aller-vers les publics exilés de la rue à l'hébergement temporaire dans le DNA, évaluer et orienter les besoins de santé, et anticiper l'impact de la santé sur l'hébergement.

Les orientations préconisées sont adaptées en fonction de l'état de santé mais aussi du statut administratif et social de la personne. En effet les dispositifs inconditionnels tels que les PASS (Permanences d'Accès de Soins de Santé) sont limités en nombre, implantation géographique, accessibilité (service physiquement dédié ou PASS transversale théorique), sont déjà saturés, et ne permettent pas d'accéder à toutes les spécialités (dépendant de celles accessibles dans l'hôpital porteur). Le simple contact avec un professionnel de santé, nécessairement limité dans le temps, ne permet pas (comme en population générale) de détecter et traiter les situations. C'est la multiplicité des réponses développées qui limite le risque de santé individuel et collectif.

Exemple : L'équipe rencontre en accueil de jour Madame V. une femme venue plusieurs fois, mais ne s'étant jamais présentée au pôle santé. Prise en continu par d'autres urgences sociales, elle néglige depuis plusieurs semaines une plaie qui s'infecte et des épisodes de malaises. L'établissement d'un

¹ Enquête Interassociative - Entraves dans l'accès à la santé Avril 2023

² IRDES Enquête Premiers Pas 2019, IRDES Questions d'économie de la santé - Novembre 2019, IRDES Questions d'économie de la santé Juillet-août 2023, IGAS-IGF 2019, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde – Rapports annuels, Rapport d'activité Mission Migrants du SSP 2022, Enquête CRF Hôtels sociaux du 92, [Enquête VEDA](#) Samusocial de Paris 2021-2022, [Etude DSAFHIR](#) 2020

contact et le travail de médiation en santé réalisé permet de la convaincre de réaliser un bilan, en parallèle d'une orientation vers le pôle social pour l'ouverture des droits à l'AME. Ce bilan confirme un diabète déséquilibré, une hypertension artérielle, et une addiction à l'alcool. Grâce à l'ouverture des droits, un suivi des plaies par un SSIAD après son admission dans un hébergement, et l'accès à des traitements en pharmacie de ville ont été rendus possibles.

Témoignage du LHSS Ridder

Les Lits Haltes Soins de Santé sont des lieux de soins résidentiels, permettant l'hébergement temporaire avec soins de personnes sans domicile depuis la rue, en sortie d'hôpital, ou suite à une dégradation de santé en centre d'hébergement.

Exemple : Monsieur A. est pris en charge en LHSS pour soins de pansement post-amputation de deux orteils. Arrivé d'Algérie à 18 ans, il a travaillé dans le bâtiment jusqu'à l'expiration de son titre de séjour et le refus des administrations de lui renouveler malgré la présence en France de son réseau familial et amical. Il entre en errance, sans recevoir d'aide ni de consultation médicale pendant plusieurs années. Il n'a pas d'antécédents, ne fume pas, ne boit pas, mais développe une plaie d'appui au niveau de l'hallux gauche puis du 2^{ème} orteil gauche, pour lesquelles il consulte tardivement aux urgences, faute de connaître un endroit où il aurait pu consulter plus tôt. Un diabète de type 2 est découvert, ainsi qu'une ostéite avancée des deux dernières phalanges des orteils atteints, l'amputation est la seule solution. Le bilan relève de multiples complications liées au diabète : néphropathie débutante, neuropathie, et rétinopathie proliférante. Admis en LHSS pour les soins de pansement, il se déplace désormais en fauteuil avec des retours en urgence à l'hôpital pour lavage au bloc et antibiothérapie intraveineuse. S'il avait bénéficié d'informations et d'accompagnement pour l'accès à l'AME, il aurait pu consulter et être interrogé sur ses antécédents familiaux, où le diabète est extrêmement présent. Le diagnostic aurait pu être posé avant dégradation, un traitement oral fourni, et l'amputation, les plaies, les complications, et plus généralement le recours au système hospitalier et LHSS aurait pu être complètement évité.

Même une fois l'AME accordée, ses bénéficiaires témoignent d'une difficulté majeure d'accès aux soins (formulaires pour chaque dépense, délai de remboursement des professionnels, refus ou mauvaise orientation des agents d'accueil, demandes excessives de justificatifs, absence d'accès à l'interprétariat, etc.) et de fréquents renoncements aux soins³. De fait le public précaire développe davantage de troubles de santé, en raison de ses conditions de vie difficiles mais aussi de l'accès limité aux soins. Une enquête de Médecins du Monde, concordante avec les constats de nos services de soins en aller-vers, observe ainsi que plus de **2/3 des personnes précaires consultant présentent un retard de recours aux soins (et donc généralement une aggravation de leur état)**, et 45% ont déjà renoncé aux soins⁴.

Témoignage des maraudes EMA-EMEOS

³ Enquête Interassociative - Entraves dans l'accès à la santé Avril 2023, Testing refus de soins France Assos Santé 2023, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde – Rapports annuels, Défenseur des droits – Eclairages Mai 2023, *Vivre sous la menace. Les sans-papiers et l'Etat* - avril 2022

⁴ Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde – Rapports annuels, BEH 17-18, BEH 19-20

Depuis 30 ans, 6 à 8 Equipes Mobiles d'Aide (EMA) vont chaque nuit à la rencontre des personnes sans-abri à travers Paris, sur signalement ou lorsqu'elles repèrent une personne en détresse, afin de créer du lien avec les personnes, réaliser un diagnostic sanitaire et social et orienter les personnes vers les dispositifs les plus adaptés à leur situation. Les Equipes mobiles d'aides sont le dispositif historique de maraude du Samusocial de Paris, au cœur de sa mission d' « aller-vers » les personnes sans abri. En 2022, les équipes ont rencontré près de 27 000 personnes, soit 20 300 rencontres effectives si l'on déduit les personnes endormies ou les personnes refusant le contact. Elles ont mis à l'abri près de 3 000 personnes et établi 3 300 évaluations sanitaires ou sociales.

Le public cible des équipes de nuit est en situation de grande exclusion ou nouvellement en situation de rue : l'éloignement des dispositifs du droit commun justifie alors de la pratique de l'aller-vers pour recréer du lien. Les publics rencontrés sont souvent plus éloignés des dispositifs, dans un état de santé parfois préoccupant et dans une forte demande d'écoute. Les besoins sont divers et nécessitent de la part de ses professionnels de s'adapter systématiquement à leurs demandes spécifiques. La première mission des EMA est de créer un échange, permettant ainsi de mettre en lien cette personne avec des professionnels qualifiés et compétents qui sont en mesure de comprendre et d'analyser leur situation. L'action des maraudes consiste aussi à aller vers un public qui n'est pas/plus en demande, voire hostile à la venue des maraudeurs. Le professionnalisme des équipes permet une qualité d'écoute et un savoir-faire bénéfique à la rencontre, le tout dans un contexte d'inconditionnalité et de bienveillance. Les besoins des publics peuvent être primaires (hébergement, alimentation, hygiène, vestiaire...) mais également de nature sociale ou sanitaire. En fonction de la demande de la personne rencontrée, l'équipe l'orientera vers une structure adaptée (ESI, PSA, SAU, LHSS...).

L'Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation Sanitaire (EMEOS), dispositif de jour conçu par le Samusocial de Paris en 2020, organisé en partenariat avec les différents services de maraude parisiens, vient en relais sanitaire de l'activité de nuit des EMA. Le lien construit la nuit par les EMA permet le jour de réinscrire la personne dans un parcours de soins adapté à sa situation, ses pathologies et ses demandes ; cela dans une dynamique partenariale.

EMEOS a réalisé 170 maraudes en 2022, rencontré 1800 personnes, en majorité des hommes isolés, et tenu 22 permanences en structure.

L'équipe répond aux problématiques sanitaires remontées par les différents acteurs de terrain et intervient en binôme avec les différents services de maraude parisiens. Elles sont confrontées à des questions de santé générale du public à la rue et à des problématiques sanitaires qui se dégradent et se multiplient, tant somatiques que psychiques. Des parcours de prise en charge peuvent se mettre en place grâce à l'intervention de l'équipe sanitaire mobile, qui traite les signalements, procède à des évaluations, assure le suivi et la coordination. Le public rencontré est constitué essentiellement de personnes isolées en situation de grande précarité, présentant un état médical et social complexe et ne sollicitant pas ou plus les structures de droit commun. La veille et l'intervention infirmière en rue en journée permet de détecter au plus tôt les problématiques de santé et de limiter l'aggravation de ces dernières. Une détection précoce permet de réduire les sollicitations aux services d'urgence (pompiers, Samu, SAU).

Exemple : Monsieur M., 35, d'origine somalienne et allophone est rencontré par les EMA en maraude de nuit. Son état sanitaire est très dégradé, amaigrissement extrême, complètement désorienté, sans ressource. La situation est transmise à EMEOS pour raccrocher monsieur aux soins. Suite à plusieurs rencontres de l'équipe et la création de lien avec monsieur, ce dernier accepte après quelques semaines d'être accompagné à la PASS par l'équipe.

Lors de la consultation une suspicion de cancer est avancée, ce qui nécessite des examens complémentaires afin d'étayer le diagnostic. Néanmoins, cela s'avère très complexe au regard de sa situation administrative et l'absence d'AME. Suite à de nombreuses démarches de l'équipe et des travailleurs sociaux, une demande d'AME en accéléré est effectuée. L'obtention de celle-ci, permet la réalisation des examens complémentaires nécessaires et à terme une hospitalisation de monsieur.

A ce jour monsieur n'est pas de retour en rue et est pris en charge pour ses pathologies. L'accès à des examens complémentaires et des soins adaptés grâce à l'AME ont permis de prendre charge monsieur avant que sa situation sanitaire ne s'aggrave et nécessite une prise en charge en urgence.

Témoignage LHSS Babinski

Exemple : Madame B., 54 ans, a été prise en charge en LHSS en sortie d'hôpital pour soins de pansements suite à une fracture ostéosynthésée de la jambe. La stabilisation de la fracture a été prise en charge via le dispositif de soins urgents et vitaux, et l'admission en LHSS a permis sa sortie de l'hôpital. Le suivi en LHSS permet de faire émerger le récit d'un parcours de rue depuis la fin de l'adolescence, avec prostitution pour survivre et marginalisation progressive. Elle a subi de nombreuses violences, consommé de nombreuses drogues à visée anxiolytique, dont jusqu'à ce jour de l'alcool par accès excessifs et du tabac. Complètement désinsérée depuis son enfance, sans parcours géographique clair, un retard administratif important est à résoudre pour permettre son accès à une couverture maladie. Alors que sa jambe s'améliore, une douleur irradiante de la mâchoire au tympan est découverte, évoquant une otite alors traitée par amoxicilline (délivrée par le SSP faute de couverture permettant l'accès à une pharmacie de ville). La douleur disparaît puis revient. Faut de n'avoir pu ouvrir les droits à une couverture en raison du retard administratif (pas de papiers), elle est orientée en PASS. Il faudra alors un mois et 3 accompagnements logistiques en PASS pour qu'elle puisse voir un généraliste, puis avoir une prise de sang, puis voir un ORL. L'ORL n'arrive pas à réaliser une naso-fibroscopie et prescrit un scanner, sans programmer le rdv dans un service. Les délais à l'hôpital public étant de plus de 2 mois, un financement exceptionnel est débloqué par le SSP pour financer un scanner en ville. Il révèle une tumeur profonde de la langue infiltrant les muscles adjacents. Une ORL de l'hôpital accepte alors de la recevoir bénévolement, alors qu'aucune couverture maladie ne remboursera les frais pour l'hôpital. Elle confirme un adénocarcinome localement avancé avec métastases ganglionnaires régionales, non-opérable. La chimiothérapie et radiothérapie sont alors prises en charge par le dispositif soins urgents et vitaux, puis une couverture maladie parvient enfin à être ouverte. Avec de multiples complications, malgré une rémission après 3 mois, une récurrence non-curable se confirme et entraîne son décès en moins de 6 mois. Si l'ouverture de l'AME, l'accès à des bilans de santé, et la couverture et le remboursement des frais pour les hôpitaux publics avaient été plus simples, une prise en charge précoce et plus efficiente aurait pu être conduite, évitant le décès à 54 ans de Madame B.

Plutôt que de motiver la migration (la santé représenterait la principale raison de migration pour moins de 5% des cas⁵, et dans ces cas les états particulièrement dégradés seraient de toute façon couverts par le Dispositif Soins Urgents et Vitaux), **les problèmes de santé sont en réalité souvent la conséquence des conditions de vie dégradées à l'arrivée en France**⁶. En effet les premiers motifs de consultation pour les personnes sans hébergement sont principalement pour des troubles déclenchés

⁵ IRDES Premiers Pas 2019, [Rapports d'activité SIAO75](#), [Enquête ENFAMS 2014](#)

⁶ Etude ANRS-PARCOURS 2015, observations de terrain des équipes du Samusocial de Paris

ou majorés par la vie à la rue (ostéoarticulaire, dermatologique dont gale, psychologique lié à la détresse de la précarité mais aussi de l'absence de réponses aux démarches administratives).

L'accès à la santé primaire permet aux personnes précaires de prévenir la dégradation de leur santé, et favorise donc le bon déroulement de leur parcours administratif, mais aussi professionnel s'ils sont en droit de travailler. **Favoriser la santé et l'accès au travail des personnes précaires participe à leur insertion, en parallèle de leur contribution à l'économie.** L'OCDE a démontré que les populations migrantes rapportent plus à un pays qu'elles ne lui coûtent⁷, mais cela pourrait s'inverser si nous continuons à promouvoir des mesures restreignant leur bonne santé et leur intégration.

► Un panier de soins particulièrement restrictif

Le panier de soins de l'AME est nettement plus restreint que celui des assurés sociaux. Il exclut notamment l'accès aux campagnes de dépistages (bucco-dentaires enfants, cancer du colon et du col, etc.), aux traitements et hébergement pour porteurs de handicap, aux cures thermales, à la PMA, aux médicaments à faible service médical rendu, et aux consultations complexes majorées (alors même que les publics éligibles à l'AME sont plus susceptibles de relever d'un besoin de santé complexe en raison de leur exposition à la précarité et à l'ineffectivité ou le retard de leur accès aux soins).

Pendant les 9 premiers mois de couverture de nombreux soins sont également exclus (kinésithérapie, prothèse de hanche, cataracte, etc.). Même au-delà de ce délai, les soins compris dans ce panier restent soumis à prescription médicale, dans le cadre de prises en charge fonctionnelles pour lutter contre les dégradations de l'état de santé et le handicap (e.g. une reconstruction de nez suite à son excision dans le cadre de tortures). Ce sont de facto des motifs de soins marginaux, rarement observés, et toujours justifiés médicalement quand ils le sont.

Par ailleurs la prise en charge financière est moindre car elle est limitée au tarif de remboursement de la Sécurité Sociale et exclut l'accès aux offres de reste à charge 0 pour l'appareillage (dentaire, visuel et auditif), contraignant à vivre à un handicap et pouvant par-là contribuer à un retard de prise en charge et donc une dégradation d'une comorbidité. Sur le terrain nous remarquons aussi de nombreux refus de soins (liés à la complexité administrative de gestion, à l'insuffisant accès à l'interprétariat, ou d'autres motifs de discrimination).

Comme vous le savez, l'AME est un des budgets les plus discutés et scrutés dans l'élaboration des lois, alors qu'il n'est équivalent qu'à 0,47% du budget de l'Assurance Maladie, et **un bénéficiaire AME coûte moins cher qu'un assuré social** (2830€ contre 3588€ par an⁸). Les fraudes sont dérisoires (en pourcentage du budget et encore plus en valeur absolue) par rapport à celles des assurés sociaux, sans parler d'autres fraudes type fiscales. L'enjeu budgétaire est donc extrêmement faible, et la gestion d'un dispositif complexifié par sa restriction occasionnera vraisemblablement plus de frais de gestion.

Malgré ce coût relatif faible et ce panier de soins limité, l'AME est efficace pour prévenir un ensemble de dégradations de santé qui entraîneraient saturation des structures d'urgence, surcoûts financiers, et surmortalité et sur-handicap des personnes concernées. En permettant un accès précoce aux soins, l'AME contribue aujourd'hui à prévenir l'aggravation de maladies et complications médicales qui

⁷ OCDE Impact fiscal de l'immigration 2013, OCDE Impact budgétaire de l'immigration 2021

⁸ Réponse à la question 1934 au gouvernement – JO novembre 2022

coûteraient nettement plus cher à traiter à un stade avancé devenu urgent. Il peut s'agir de dépister des pathologies de tout type à un stade précoce, de suivre une grossesse, de stabiliser une pathologie chronique, de fournir un traitement pharmaceutique primaire, ou encore d'assurer un rattrapage vaccinal ; tous ces modes de prévention étant moins onéreux que des prises en charges médicales ou chirurgicales techniques à un stade avancé.

Témoignage du LHSS Plaisance

Exemple : Monsieur J. a dû fuir en 2017 la guerre civile en Centrafrique, après avoir été témoin de la mise à mort de plusieurs membres de sa famille et avoir été lui-même victime de tortures. Après un long parcours migratoire, dont plusieurs années en Lybie, où il est à nouveau maltraité, volé et torturé, il parvient à arriver en France en 2019 et se retrouve en rue. En errance, l'accès aux soins ne se fera qu'en 2021, au décours d'une garde à vue pour agitation et violence verbale à l'égard d'un agent de la RATP dans la gare où il dort. Il est alors rapidement constaté un besoin de bilan de santé, diagnostiquant une tuberculose pulmonaire et un état délirant compatible avec maladie schizophrénique. Après plusieurs semaines de démarches administratives et de soins en milieu hospitalier, l'obtention de l'AME permet son transfert en SSR, puis en LHSS début 2022. Son état reste alors préoccupant, avec une confirmation de schizophrénie. Il rapporte des angoisses envahissantes de mort ou à dimension dissociative, des hallucinations auditives dans sa langue maternelle, des changements d'humeurs, des idées suicidaires imprévisibles et difficiles à contenir scénarisées par plaie auto-infligée de la carotide (en lien avec les reviviscences des scènes traumatiques vécues). Des soins étayant permettront une amélioration progressive, à l'appui d'un séjour hospitalier psychiatrique puis d'une HDJ de secteur et l'accès à différents traitements psychotropes dont traitement neuroleptique sous forme retard (libération chimique délayée suite à l'injection). Les violences verbales et physiques et les comportements erratiques sont alors amendés. Il persiste des phénomènes hallucinatoires mais un meilleur recul global sur la pathologie et les épisodes passés permet de les nommer et de réduire la participation affective aux symptômes persistants. Son état reste fragile et exposé à des recrudescences anxieuses fréquentes, mais Monsieur sait désormais prendre du recul sur la maladie, solliciter l'équipe, et déployer une bonne adhésion thérapeutique. L'ensemble de ce parcours, et la stabilisation encore nécessaire aujourd'hui, ont reposé sur un recours important à des services hospitaliers somatiques et psychiatriques, à des SSR, à des pharmacies hospitalières ou de ville pour la délivrance du traitement, à un suivi en HDJ qui n'ont tous été possibles qu'en raison de l'AME.

Témoignage du LHSS Saint-Michel

Exemple : Madame G., 61 ans, est originaire du Gabon. Elle a rencontré dans sa vingtaine un touriste Français qui a voulu l'épouser et l'emmené avec lui en France. A l'arrivée il s'est révélé violent physiquement et verbalement, et l'a maltraitée plusieurs années (dont confiscation de ses papiers) avant qu'elle ne parvienne à s'extraire de son emprise, sans pouvoir récupérer ses papiers. Elle a été hébergée chez des amis, et a travaillé dans le monde du spectacle toute sa vie. A 60 ans elle a eu plusieurs AVC massifs, provoquant de forts troubles de mémoire, de parole, et de mobilité. A l'hôpital, sans papier, les services sociaux ont mené un travail d'enquête important jusqu'à pouvoir trouver son identité puis récupérer un extrait de naissance auprès de son pays d'origine, et la faire passer du dispositif de soins urgents et vitaux à celui de l'AME. Au cours de son hospitalisation une infection à VIH est découverte, pour laquelle une trithérapie a été débutée et un cancer du sein gauche connexe localisé. Madame a débuté une hormonothérapie orale puis une mammectomie gauche et des séances de radiothérapie. L'AME permet à Madame d'avoir ses traitements médicamenteux pour l'infection VIH et pour prévenir une récurrence d'AVC, d'avoir les soins et le suivi adapté pour son cancer du sein, et pour

bénéficiaire de rééducations en vue de récupérer un maximum d'autonomie. Elle pourra récupérer ses traitements en pharmacie de ville grâce à l'AME, plutôt que via une PASS hospitalière géographiquement rare et toujours saturée. En l'absence d'AME, cette dame âgée physiologiquement et vulnérable ne pourrait pas être protégée et prise en charge correctement.

► Un outil de répartition géographique et temporel des besoins

Les débats proposant la restriction de l'AME aux soins urgents et vitaux (dispositif qui existe déjà) ou sa suppression proposent en réalité d'attendre que les personnes précaires se **dégradent jusqu'à devoir être hospitalisées avec un pronostic fonctionnel ou vital engagé, là où une simple consultation en ville aurait suffi en amont**. Il est prouvé qu'une pathologie coûte plus cher à traiter lorsqu'elle se dégrade⁹. **Ces hospitalisations évitables coûteraient donc nettement plus que le dispositif actuel de l'AME**, elles **dégraderaient la dette des hôpitaux** par des dépenses plus lourdes et désormais non-compensées (donc moins de matériel, d'investissements, et de soignants), et **satureraient les urgences puis les lits d'hospitalisation** (par hausse évitable de la demande mais aussi baisse des solutions d'aval faute d'AME) **au détriment de tous et toutes**.

Témoignage du LHSS Les Lilas

Exemple : Monsieur K. a 25 ans et est originaire d'Algérie. Il a quitté l'Algérie il y a 2 ans suite au décès de son père et la déclaration de maladie grave de son frère aîné, et la précarité générale dans laquelle est tombée sa famille restante. Depuis son arrivée à Paris il travaille, principalement comme livreur à vélo, pour aider financièrement sa famille. Il dort en squat, constate une masse au niveau de son testicule droit, mais n'a pas de droits ouverts et a d'autres préoccupations urgentes. La masse grandit et il finit par se rendre aux Urgences mais avec un retard important. Un cancer testiculaire avec atteintes ganglionnaires est diagnostiqué. Les soins chirurgicaux sont engagés en urgence, mais le recours ne sera pas fait au dispositif soins urgents et vitaux. Monsieur est refusé du CECOS faute de couverture médicale (pour le recueil et la conservation de son sperme normalement proposé pour permettre une éventuelle fertilité future), et est rappelé régulièrement par l'hôpital dans une tentative de recouvrer les milliers d'euros de soins engagés. Après une errance il entre en LHSS, avec une symptomatologie dépressive qui s'aggravera rapidement. Il est amaigri, abattu, épuisé, se sent impuissant et coupable par rapport à sa famille, ne le supporte plus. Il a le sentiment d'avoir perdu son avenir et toute capacité à agir dessus, ne peut plus travailler du fait de sa maladie, se sent anxieux et piégé par sa dette, se replie, et développe des idées suicidaires et des comportements auto agressifs (brûlures). Des soins psychiatriques sont nécessaires rapidement, mais en l'attente de la confirmation de l'ouverture de son AME, cette prise en charge indispensable se fera via l'avance des frais par le SSP et le CMP partenaire.

Témoignage de l'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose

Depuis plus de 20 ans, L'EMLT (Équipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose) est une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge des personnes atteintes de la tuberculose maladie en situation de

⁹ Cost of exclusion from healthcare – FRA 2015, Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France – 2018, The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays – 2009, Effect of restricting access to healthcare on health expenditures among asylum seekers and refugees : a quasi-experimental study in Germany 1994-2013 – 2015

précarité. Composée d'infirmier.es, de travailleur.ses sociaux, d'intervenant.es sociaux sanitaires, d'un médecin, d'une secrétaire, et d'une responsable, elle a pour mission de coordonner le parcours de soins et de mettre en place un accompagnement médical, social et éducatif des personnes tout au long de leur traitement. Les hôpitaux, Centres de Lutte Antituberculeuses ou associations partenaires signalent à l'EMLT des personnes ayant la tuberculose maladie et à risque de rencontrer des difficultés d'observance liées à leurs conditions de vie précaires. En binôme infirmier/travailleur social, l'équipe va à la rencontre du patient et réalise une évaluation globale de sa situation médicale et sociale afin de déterminer son degré d'autonomie et de littératie en santé. Dans un second temps, l'équipe propose un projet d'accompagnement personnalisé au patient en fonction de ses demandes, ses besoins et sa situation. A la fin du traitement, un relais médical et social est proposé au patient. La durée d'accompagnement des patients de l'EMLT varie de 6 mois à 2 ans.

Le public rencontré à l'EMLT est très souvent polypathologique, et souvent initialement en situation de renoncement aux soins du fait d'une méconnaissance du fonctionnement du système de santé français et d'enjeux psycho-sociaux multiples liés au fait de devoir survivre dans des conditions de vie très précaires. L'altération de l'état général qui accompagne la tuberculose maladie, et ce parfois après un délai diagnostique, amène ces personnes à se présenter dans des services d'accueil d'urgences en état grave. Le diagnostic de tuberculose est souvent l'occasion d'un premier recours aux soins où l'on met en évidence d'autres pathologies chroniques décompensées car non dépistées ou suivies, qui constituent des facteurs favorisant l'évolution d'infection tuberculeuse latente en tuberculose maladie (diabète, insuffisance rénale chronique, VIH etc.).

Bien que la tuberculose compte parmi les soins urgents et vitaux (pour des soins uniquement hospitaliers), une ouverture de droits est nécessaire afin que le patient puisse être pris en charge de manière globale et en ambulatoire. Le public de l'EMLT est en majorité allophone et en situation irrégulière, une Aide Médicale d'Etat est donc ouverte pour une grande partie des personnes suivies. Nous accompagnons 360 patients par an en moyenne. 42% des personnes suivies n'ont pas de couverture sociale au moment où ils nous sont signalés (18 % n'ont pas de couverture sociale, 24% ont une demande en cours pour des soins urgents et vitaux), 16% sont bénéficiaires d'une AME, 25% d'une PUMA+CSS, 7% d'une PUMA seule. 40% des patients accompagnés déclarent leur tuberculose maladie dans les 2 ans après leur arrivée en France. En 2022, les 78 des 218 patients ayant terminé leur PEC avec une AME ont eu 214 consultations et 64 hospitalisations soit une moyenne de 2,75 consultations et 0.8 hospitalisation par patient environ.

Exemple : Un service de maladies infectieuses de l'APHP nous signale M. C., 24 ans, arrivé en France il y a 2 ans après un parcours migratoire complexe. M. vit alternativement chez des compatriotes à 5 par chambre, et à la rue. Il présente des premiers symptômes à type de toux en avril 2023 évoluant depuis 3 semaines accompagnés d'accès de fièvre, lorsqu'il consulte un médecin généraliste en ville conseillé par un ami. M. C. étant en situation irrégulière, n'ayant aucune connaissance du système de santé français ou de l'existence de travailleurs sociaux, du dispositif PASS, et ne travaillant pas, a emprunté de l'argent à des connaissances afin de régler la consultation de médecine générale. Le médecin lui prescrit des antibiotiques pour une pneumopathie, pour lesquels il emprunte à nouveau de l'argent à des connaissances afin de les acheter en pharmacie. L'état de M. C. se détériore, la toux persiste, il perd 18kg, présente des douleurs et une faiblesse généralisée et dit se « sentir partir, mon corps ne pouvait plus tenir ». Il n'envisage pas de retourner auprès du médecin généraliste car celui-ci lui a déjà prescrit des antibiotiques qui n'ont pas fonctionné et car il ne sait pas comment il parviendra à payer la consultation. Il ne pense pas non plus à se rendre aux urgences car « je n'ai pas de papiers, ils ne m'accepteront pas là-bas ». En juin, après plus de 2 mois de symptômes, M. C. présente des épisodes d'hémoptysie. Le voyant cracher du sang et dans un état d'épuisement, ses camarades font appel au 15, et M. est accompagné au SAU par les pompiers. M. C. est codiagnostiqué pour une tuberculose

disséminée pulmonaire contagieuse avec atteintes du rachis, et un VIH. M. est hospitalisé en service de maladies infectieuses où le traitement antituberculeux est initié, puis secondairement un traitement antirétroviral. Des avis neurochirurgicaux et orthopédiques sont pris devant le risque d'instabilité du rachis, et il est prescrit le port d'un corset 24h sur 24, qui ne pourra pas être réalisé dans le service d'aigu du fait de l'absence de couverture sociale. L'équipe du SMIT ainsi que le CLAT effectue un signalement de M. C. à l'EMLT. M. est rencontré par un binôme infirmier/travailleur social qui note que M. est très dénutri, fatigué, douloureux, et que l'hospitalisation et l'isolement ont fait réémerger un syndrome de stress post traumatique. Une hospitalisation en Soins de Suite et Réadaptation est nécessaire chez ce patient encore vulnérable, contagieux, à risque de compression médullaire, et nécessitant un accompagnement en éducation thérapeutique sur ses différentes pathologies. M. nécessite également des soins en santé mentale, dont il ne peut bénéficier en ambulatoire tant qu'il n'a pas de couverture sociale.

L'assistante sociale du SMIT effectue une demande de Soins Urgents et Vitaux en attendant une ouverture de droits AME. Elle effectue une demande de SSR, rendue possible uniquement sous condition qu'une ouverture de droits à l'AME soit assurée.

Au bout de 3 semaines d'hospitalisation, M. est sortant du service d'aigu mais il y a des difficultés sur la demande d'AME et les services de SSR ne peuvent l'accueillir sans certitude que les démarches sociales puissent aboutir, M. occupe ainsi une place en service d'aigu alors que celui-ci est en tension pour accueillir de nouveaux patients, et M. ne peut sortir en ambulatoire du fait qu'il est encore contagieux, et du fait de ses autres vulnérabilités. Il est transféré en SSR au bout d'un mois de prise en charge. Le corset d'immobilisation sera financé par des fonds propres du SSR. M. restera encore 3 mois en SSR avant de pouvoir sortir en ambulatoire sur un Lit Halte Soins Santé, pour une durée prévisionnelle totale de traitement de 12 mois (le traitement d'une tuberculose pulmonaire simple étant de 6 mois sans autre atteinte associée). A noter que deux connaissances de M. C. ont été diagnostiqués avec des tuberculoses maladies lors de l'enquête réalisée autour de ce cas de tuberculose par le CLAT.

Le non-recours aux droits à l'AME engendre des coûts en soins importants pour les personnes sans ressources ou à reste à vivre faible, et favorisent le renoncement aux soins. Le renoncement aux soins engendre un surcout du fait de pathologies chroniques non dépistées, non suivies ni traitées, qui sont prises en charge à des stades de plus grande sévérité, et qui engendrent des pathologies secondaires (VIH stade SIDA avec tuberculose maladie, risque de paraplégie sur compression médullaire, tuberculose disséminée) et ainsi une mobilisation accrue en soins (mobilisation d'équipes d'urgences, pompiers, nécessité de SSR pendant de nombreuses semaines etc.).

Les soins primaires étant davantage programmables que les soins urgents, l'AME contribue en effet à limiter la désorganisation des services en favorisant une répartition entre eux (Urgences mais aussi services aigus spécialisés, soins de suite et de réadaptation, Permanences d'Accès aux Soins de Santé, centres de santé, médecins libéraux, etc.), **et une répartition dans le temps**. La suppression de l'AME conduirait vraisemblablement à une complexité accrue des demandes et à leur report sur les Services d'Accueil des Urgences, avec un risque majoré de coïncidence des demandes à un même instant. Ces augmentations ne pourront être absorbées par les dispositifs dérogatoires ou associatifs spécialisés, tant ceux-ci sont déjà saturés par la demande en raison des nombreuses autres barrières d'accès aux soins dans les structures de droit commun, sur lesquels un travail serait nécessaire. Par ailleurs les patients concernés sortiraient plus difficilement des urgences, car ils ne pourraient plus être orientés vers des solutions de soins intermédiaires qui les accueilleraient jusqu'ici une fois l'urgence stabilisée (service hospitalier de spécialité, soins de suite et de réadaptation, etc.). **Cette saturation des Urgences impacterait l'ensemble de la population, en facilité d'accès et donc en surmortalité.**

Par ailleurs l'AME constitue aujourd'hui une modalité budgétaire permettant à l'hôpital de recouvrer un financement des soins prodigués, pour les patients bénéficiant de cette couverture. Les dispositifs du Samusocial de Paris sont déjà régulièrement appelés par des services de recouvrement des hôpitaux cherchant désespérément des sources de financement des soins prodigués quand ils n'ont pas pu (ou su) faire recours à l'AME. La restriction à une liste limitative de soins urgents risque d'occasionner davantage de non-recouvrements pour des soins jugés urgents par les services hospitaliers, dégradant par-là les finances des hôpitaux, donc leurs moyens et in fine leur accessibilité pour tous les usagers. **Ce qui coûte aujourd'hui, c'est surtout le travail de gestion administrative de l'AME (4 à 6h de travail d'assistante sociale hospitalière juste pour l'ouverture des droits),** allant croissant avec les réformes complexifiant les critères et démarches d'accès.

► Un enjeu de santé publique

La Covid-19 l'a rendu évident pour tous, **la santé individuelle est une affaire collective.** Sans compter la saturation des hôpitaux qui en résulterait, souhaiter la réduction des soins primaires pour les personnes précaires c'est trouver non seulement juste mais même utile de voir des maladies contagieuses circuler davantage dans la population. Cela entraînerait de nouvelles prises en charge coûteuses et pourtant évitables. Tous ces effets ont rapidement été constatés par l'Espagne lors de la suppression (temporaire) de leur équivalent d'AME en 2012, avec une surmortalité de 15%¹⁰, les obligeant à revenir en arrière. Enfin cette proposition de réforme reviendrait à faire porter aux médecins la charge organisationnelle mais surtout la responsabilité morale (voire légale) du tri et du refus de patients. Cela pose des enjeux éthiques (contradiction avec le serment d'Hippocrate), dans un contexte d'usure par le manque d'effectifs et de moyens déjà marquée de nos professionnels médicaux.

Pour toutes ces raisons cette proposition de réforme est dénoncée par l'ensemble des sociétés savantes médicales (SPILF, SRLF, SFSP, SFMU, etc.) et les acteurs et services du sanitaire, du médico-social, et du social. Les corps d'inspection de l'Etat que sont l'IGF et l'IGAS concluent également au caractère essentiel de l'AME pour l'équilibre du système de santé dans l'ensemble de leurs rapports sur le sujet.

Le Samusocial de Paris se positionne de même pour la préservation de l'AME. **Ses enjeux semblent par ailleurs porter aujourd'hui sur sa complexité d'accès et de gestion, et non sur son utilité.** Afin de préserver la santé collective et l'efficacité du système de santé, il semble essentiel d'adresser ces points.

► Comment améliorer le fonctionnement de l'AME ?

Pour les raisons exposées, le Samusocial ne peut que souligner les risques majeurs pour les personnes concernées, la santé publique et le système de soins d'une réduction drastique du champ d'application de l'AME qui serait réduite aux soins d'urgence.

Il lui semble au contraire qu'une amélioration du fonctionnement de l'AME doit être recherchée dans un allègement des procédures d'accès et de remboursement, limitant les non-recours et aussi

¹⁰ *The deadly effects of losing health insurance – 2018*

dans la suppression de certaines exclusions qui, loin d'exclure des soins de confort, sont des facteurs d'aggravation des pathologies. Sans être exhaustifs, les points suivants semblent clés pour l'effectivité de l'AME et l'efficacité de notre système de santé :

- ▶ **Simplifier et harmoniser les modalités de gestion du dépôt de demande d'AME :**
 - Harmonisation des pratiques de dépôts entre les départements.
 - Possibilité de dépôt dans tous les guichets CPAM, et dans les accueils France Services de façon effective, donc avec une formation dédiée des agents.
 - Permettre le dépôt sans RDV sur certaines plages, et harmoniser la possibilité de retrait de la carte sans RDV (des bénéficiaires théoriques de l'AME doivent parfois attendre des semaines un rdv ou renoncer au retrait de la carte AME).
 - Prévoir un accueil informationnel (médiateurs) sans rendez-vous sur certaines plages a minima.
 - Bénéficier d'une information claire, traduite et systématique sur les conditions d'accès, les pièces du dossier, les compléments à apporter (des refus simples sont observés dans des cas où l'envoi d'une simple pièce complémentaire aurait suffi à compléter le dossier), et être systématiquement informé de la disponibilité de la carte pour retrait (les bénéficiaires ne sont parfois pas informés de la disponibilité de leur carte, les obligeant à revenir plusieurs fois sous des modalités contraignantes jusqu'à ce que la carte soit disponible, ou à y renoncer).
- ▶ **Rendre l'AME plus efficace pour les professionnels de santé et les organismes de gestion :**
 - Transformer la carte AME en carte à puce permettant la télétransmission, de type carte Vitale (simplification des démarches pour les professionnels, efficacité administrative, refus de soins moins susceptibles).
 - Étendre aux bénéficiaires de l'AME le forfait patientèle médecin traitant, le dispositif Mon Parcours Psy, et l'inclusion active dans les campagnes et programmes de dépistage (cancer du sein, du col, du colon...).
 - Faciliter l'engagement des frais par les hôpitaux en attendant la réponse sur une demande d'ouverture d'AME, par exemple en ayant :
 - Un interlocuteur/une cellule dédiée AME hôpital dans chaque CPAM,
 - Un délai rétroactif de prise en charge par l'AME et un délai de forclusion plus large,
 - Et/ou en étendant le Dispositif de soins urgents et vitaux dans une logique de pré-AME (panier plus large, délai de prise en charge rétroactive plus large, suppression de la condition préalable d'un refus d'AME). Il y a un enjeu clé sur la facilitation des bilans et examens dont plateau technique. Des symptômes simples masquent souvent des pathologies graves qui ne sont pas dépistées à temps faute d'accès à une médecine primaire et un plateau technique de dépistage.
 - Étendre la durée d'attribution initiale à plus d'un an car la gestion des renouvellements est très coûteuse et chronophage.
 - Réduire ou supprimer le délai de carence initial, autant pour les primo-arrivants que pour les publics qui deviennent irréguliers par l'expiration d'un titre de séjour. Ceux-ci pouvaient être engagés dans une prise en charge spécialisée que les professionnels de santé devront temporiser ou interrompre pour reprendre à l'ouverture de l'AME, avec tout ce que cela implique de perte de chance, de désorganisation des services, de redondance, d'inefficacité, et d'impacts connexes sur l'hébergement et l'accompagnement social en l'attente du traitement de santé.