

Défendre l'accès aux soins des étrangers précaires

LEMONDE.FR | 29.10.10 | 17h12

Après la suppression du droit au séjour pour les étrangers malades, adoptée en première lecture le 12 octobre par l'Assemblée nationale dans le cadre de la loi Besson, un second projet vient menacer l'accès aux soins des étrangers les plus démunis dans le cadre cette fois de la loi de finances. Les restrictions prévues pour l'Aide médicale d'Etat (AME) sont dangereuses pour la santé publique, financièrement contre-productives et contraires aux valeurs éthiques et déontologiques qui fondent nos actions de solidarité et de soins.

C'est il y a plus d'un siècle, en 1893, qu'a été mis en place un système de protection de la santé des personnes en situation de grande précarité. La plupart d'entre elles ont bénéficié en 1999 de l'inscription dans le dispositif de droit commun : la Couverture maladie universelle (CMU). L'AME reste depuis lors la protection maladie pour les seuls étrangers en situation irrégulière, démunis, et vivant sur notre territoire depuis au moins trois mois. L'accès à l'AME est soumis au même seuil financier que celui de la CMU-complémentaire (634 euros par mois), avec toutefois des prestations réduites.

L'instruction et la gestion de l'AME sont régulièrement vérifiées par les services de l'Etat : Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances et Groupe de lutte contre les fraudes du ministère des finances. Seules les Caisses primaires d'assurance maladie peuvent l'accorder, avec des procédures et contrôles stricts. Les rumeurs régulières de fraude à l'AME n'ont jamais été étayées par aucune enquête ou évaluation, contrairement aux difficultés d'accès qui constituent le quotidien des personnes concernées et des associations qui leur viennent en aide.

Pourtant, l'AME est en danger. Des amendements soumis à l'Assemblée nationale viennent remettre en question sa légitimité et son cadre d'application (restriction à des situations d'urgence médicale, exclusion de la médecine de ville, dépôt et instruction des dossiers en préfecture). Réinterrogeons-nous donc collectivement, à l'occasion de ce nouveau débat sur l'AME, sur notre conception du système de protection maladie.

Maintenir un accès continu à des soins cohérents et adaptés pour l'ensemble de la population vivant en France sous le seuil de pauvreté, soit 13 % de la population française, est un impératif de solidarité aussi bien que de santé publique. AME, CMU, CMU-complémentaire et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé participent de cet objectif. Renforçons ces dispositifs et défendons l'idée d'un accès aux soins pour les plus pauvres et les plus malades, sans discrimination.

Il faut également conserver et améliorer un système de santé organisé autour de l'offre de soins de premier recours. Assurer des soins, particulièrement auprès d'une population socialement fragile, c'est assurer une coordination médicale, mais aussi sociale et éducative, dont l'absence peut s'avérer lourde de conséquences. Ainsi, ne pas permettre à une femme enceinte sans papiers de bénéficier d'un suivi de grossesse cohérent, c'est augmenter le risque de complications et d'accouchement prématuré, avec ses conséquences humaines et financières.

MAUVAIS SIGNAL

Au moment où la ministre de la santé veut faire de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité de la prochaine loi de santé publique, vouloir réduire l'accès aux droits et aux soins pour les plus fragiles est un mauvais signal. En tant qu'acteurs impliqués au quotidien dans la prise en charge de ces personnes, nous ne pouvons souscrire aux restrictions annoncées concernant l'AME. Et ce, pour plusieurs raisons.

De santé publique, d'abord : l'AME est destinée à une population précaire, qui n'accède pas à des soins coordonnés, qui est mal prise en compte dans les stratégies de prévention et qui subit donc de plein fouet tout ce qui concourt à augmenter les inégalités de santé : les freins administratifs et financiers, l'inaccessibilité ou le refus de soins, le barrage de la langue, la mauvaise alimentation et le mal logement. Les populations migrantes et étrangères ont un risque sanitaire accru, particulièrement pendant les périodes de séjour irrégulier, comme le montre l'augmentation en 2009 des dépenses de l'AME consacrées aux maladies chroniques et infectieuses.

Pour des raisons économiques, ensuite. Que pèsent les 540 millions de l'AME par rapport aux 160 milliards de dépenses de l'assurance maladie ? D'ailleurs, la limitation de l'AME à des situations d'urgence et l'exclusion de la médecine de ville et des soins de premier recours ne feraient que renforcer le recours tardif au système hospitalier, plus coûteux.

Pour des raisons éthiques, enfin. Quelles sont les limites du champ de la solidarité du point de vue médical ? La déontologie médicale n'en admet aucune. Le droit à la santé ne peut être lié à la régularité du séjour.

La solution la plus cohérente au regard de cette triple exigence sanitaire, économique et éthique est donc simple : intégrer enfin l'AME dans la CMU pour l'ensemble des personnes, françaises et étrangères, à très bas revenus. Dans l'attente,

L'AME reste un dispositif utile et symbolique dans notre système de protection maladie car il souligne à la fois le caractère fondamental de la solidarité dans notre conception de l'accès aux soins, mais aussi l'importance de disposer d'un premier recours efficace et d'en privilégier l'accès pour tous.

Ne nous trompons pas sur les enjeux. Les économies que font espérer les restrictions de l'AME, outre qu'elles ne visent que le très court terme, sont de peu de poids au regard des conséquences sanitaires, sociales et politiques pour notre pays. Au moment où la France s'apprête à prendre la présidence du G20 et alors que l'inquiétude grandit dans le monde quant à la manière dont notre Etat de droit traite les populations précaires, et notamment étrangères, la représentation nationale s'honorerait non seulement en ne restreignant pas la protection maladie pour les plus fragiles, mais en la rendant plus cohérente.

Marie-Pierre Allié, présidente de Médecins sans frontières ;

Olivier Bernard, président de Médecins du monde ;

François Bourdillon, président de la Société française de santé publique ;

Didier Fassin, président du Comede ;

Bruno Spire, président de Aides.

Marie-Pierre Allié, Olivier Bernard, François Bourdillon, Didier Fassin et Bruno Spire