

Migrants

AVIS SUR LA PROTECTION SOCIALE DES ÉTRANGERS VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE ET L'INTÉRÊT DE SON ÉVOLUTION VERS LE DROIT COMMUN

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 19 SEPTEMBRE 2013



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43, quai André Citroën
75739 Paris CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
www.cns.sante.fr

19/09/2013
AVIS
POLITIQUE
PUBLIQUE
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 19 septembre 2013, à l'unanimité des membres présents.

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

MEMBRES DE LA COMMISSION « MIGRANTS »

PIERRE-YVES GEOFFARD

JEAN-PIERRE DOZON

SAMIR HAMAMAH

CATHERINE KAPUSTA-PALMER

MARC DE MONTALEMBERT

SANDRINE MUSSO

MARIE SUZAN-MONTI

WILLY ROZENBAUM

PATRICK YENI

RAPPORTEURS

MICHEL CELSE

LAURENT GEFFROY

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	6
I. L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOCIALE DES PERSONNES IMMIGRÉES ATTEINTES PAR LE VIH DEMEURE TARDIF EN RAISON DE FACTEURS SPÉCIFIQUES.....	7
I.1. L'épidémie de VIH/sida affecte de manière disproportionnée certaines populations immigrées en France.....	7
En France, une prévalence de l'infection par le VIH plus élevée au sein de la population immigrée....	7
Une épidémie très fortement concentrée chez les immigrés originaires de pays d'Afrique subsaharienne.....	7
I.2. Ces populations cumulent différents facteurs de vulnérabilité et accèdent plus tardivement à la prise en charge du VIH.....	7
Des populations particulièrement précaires sur le plan socio-économique, relationnel et/ou administratif.....	7
Une prise en charge non optimale car plus tardive.....	8
II. UN ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE GLOBALEMENT ASSURÉ, MAIS QUI DEMEURE DIFFICILE POUR UNE PARTIE DES PERSONNES RÉCEMMENT IMMIGRÉES.....	9
II.1. L'accès à une prise en charge de droit commun est conditionné à la régularité du séjour, alors que des dispositifs spécifiques permettent l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière ou instable.....	9
Des modes de prise en charge différents selon le statut administratif au regard du séjour.....	9
Les difficultés administratives liées au statut du séjour ne concernent qu'une minorité d'immigrés mais interviennent dans une période clé des parcours.....	9
II.2. Les difficultés administratives rencontrées par les étrangers en situation de séjour irrégulière ou instable demeurent un frein important à une entrée précoce et au maintien dans le soin.....	10
Des situations d'instabilité administrative très fluctuantes.....	10
La complexité des parcours administratifs a d'importantes répercussions sur les conditions de vie et d'accès aux soins.....	11
III. LA PRISE EN CHARGE DES ÉTRANGERS EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE OU INSTABLE S'AVÈRE SOUS-OPTIMALE EN RAISON DES CONTRADICTIONS AUXQUELLES SONT SOUMIS LES DISPOSITIFS.....	13
III.1. Des dispositifs conçus et/ou mis en œuvre en fonction des objectifs contradictoires des politiques publiques de santé et de contrôle des flux migratoires.....	13
III.2. Des transferts de personnes et de charges d'un dispositif à l'autre qui nuisent à l'efficacité économique de l'investissement consenti.....	14
Des transferts de charges qui s'apparentent à un « jeu de bonneteau » budgétaire.....	14
Une source de surcoûts pour les finances publiques.....	14

IV. SORTIR DU DROIT SPÉCIFIQUE POUR INTÉGRER LE DROIT COMMUN	15
IV.1. Conforter le droit au séjour pour soin et fusionner les dispositifs AME et soins urgents avec la CMU : une réponse cohérente pour renforcer l'efficacité sociale et sanitaire du système de prise en charge.....	15
IV.2. Les craintes relatives à une augmentation des flux migratoires sous l'effet d'un accès facilité à la prise en charge apparaissent peu fondées.....	15
L'attractivité du système de soins apparaît peu déterminante dans les choix migratoires	16
Une comparaison par pays ne montre pas de corrélation entre flux migratoires et générosité du système de prise en charge de la santé des migrants illégaux.....	16
IV.3. En favorisant la prise en charge plus précoce des immigrés atteint par le VIH, la mesure apparaît fortement coût-efficace, voire génératrice d'économies nettes pour la collectivité.....	16
Évaluer les aspects sanitaires et économiques d'une prise en charge plus précoce des immigrés atteints par le VIH.....	17
L'amélioration de l'accès précoce à la prise en charge des immigrés atteints par le VIH apparaît constituer une stratégie efficiente du point de vue économique.....	17
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	19
RÉFÉRENCES.....	20

PRÉAMBULE

En France, l'épidémie de VIH/sida n'affecte pas de façon uniforme l'ensemble de la population. Certaines populations immigrées, en particulier celles originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne, comptent parmi les groupes disproportionnellement atteints par l'infection. Cette situation soulève des enjeux qui sont au moins autant de nature sociale et sociétale que sanitaire.

Dans l'intérêt de la santé des personnes concernées, mais également pour contrôler l'épidémie de VIH, la capacité du système de soins et des dispositifs sociaux français à favoriser une prise en charge efficace des populations immigrées fortement exposées au risque constitue un enjeu crucial. La prise en compte des difficultés spécifiques rencontrées par ces populations et susceptibles de faire obstacle à une entrée précoce et un maintien optimal dans le soin apparaît déterminante pour le succès de la politique de lutte contre le VIH conduite en France.

La population immigrée est constituée, selon la définition statistique du terme, par les personnes « nées étrangères à l'étranger » et vivant en France. Une partie des immigrés a acquis la nationalité française, l'autre demeure de nationalité étrangère. Une minorité d'immigrés étrangers vivant avec le VIH rencontre d'importantes difficultés en lien avec un statut administratif de séjour irrégulier ou instable. Ce constat préoccupant conduit le Conseil national du sida à interroger plus spécifiquement, dans le présent Avis, les conditions d'accès des étrangers au système de protection sociale français.

Une commission de travail *ad hoc* a été formée afin d'établir un état des lieux approfondi des modalités actuelles de prise en charge médicale et sociale des étrangers vivant avec le VIH en France, et de conduire une réflexion sur les points de blocage auxquels se heurtent aujourd'hui les efforts engagés, au titre des politiques de santé, en faveur de cette population. La commission a procédé à un examen de la littérature et à l'audition d'acteurs institutionnels, scientifiques et associatifs susceptibles d'éclairer la réflexion du Conseil. Le présent Avis se fonde sur les travaux préparatoires conduits par la commission. Ceux-ci feront l'objet d'un rapport qui sera publié au cours du premier semestre 2014.

Le système de protection sociale français se caractérise, à la différence de la plupart des autres pays, par l'existence de dispositions spécifiques en faveur des étrangers en situation irrégulière. Celles-ci leur permettent, sous certaines conditions, soit de bénéficier d'une prise en charge gratuite des soins de santé, soit de solliciter l'obtention d'un titre de séjour dans les cas où leur état de santé requiert des soins justifiant leur maintien durable sur le territoire. Favorables dans leur principe, ces dispositions se heurtent cependant à des difficultés de mise en œuvre. Le présent Avis a pour objectif d'analyser ces obstacles et de considérer les conditions permettant de les lever.

I. L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOCIALE DES PERSONNES IMMIGRÉES ATTEINTES PAR LE VIH DEMEURE TARDIF EN RAISON DE FACTEURS SPÉCIFIQUES

I.1. L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA AFFECTE DE MANIÈRE DISPROPORTIONNÉE CERTAINES POPULATIONS IMMIGRÉES EN FRANCE

EN FRANCE, UNE PRÉVALENCE DE L'INFECTION PAR LE VIH PLUS ÉLEVÉE AU SEIN DE LA POPULATION IMMIGRÉE

Diverses données épidémiologiques mettent en évidence un risque accru d'exposition et d'infection par le VIH au sein de la population immigrée vivant en France. Les personnes nées étrangères à l'étranger apparaissent ainsi fortement surreprésentées parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en France. Selon l'enquête Vespa 2¹, environ un tiers des PVVIH suivies à l'hôpital en 2011 sont immigrées, soit de l'ordre de 33000 personnes, dont 77% sont de nationalité étrangère et 23% ont acquis la nationalité française. Par comparaison, en 2008, les immigrés constituent 8,5% de la population française totale, dont 59% d'étrangers et 41% de français par acquisition.²

L'observation de l'évolution du nombre annuel de découvertes de séropositivité montre que la part des nouveaux diagnostics concernant des personnes nées à l'étranger a significativement diminué entre 2003 et 2007, passant de 59% à 50%, mais s'est stabilisée depuis à un niveau qui demeure très élevé. Ainsi, en 2011, environ 2900 personnes nées à l'étranger ont découvert leur séropositivité, soit 47% de l'ensemble des nouveaux diagnostics constatés dans le pays. Compte tenu de la taille respective des populations, le taux de découverte de séropositivité chez les personnes nées à l'étranger s'élève à 53 pour 100 000, contre 5,4 pour 100 000 chez les personnes nées en France.³

UNE ÉPIDÉMIE TRÈS FORTEMENT CONCENTRÉE CHEZ LES IMMIGRÉS ORIGINAIRES DE PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

L'épidémie de VIH n'affecte cependant pas la population immigrée de manière uniforme et touche en particulier, de manière très disproportionnée par rapport à leur poids démographique, les immigrés originaires de pays d'Afrique subsaharienne. Ce groupe, estimé à environ 700 000 personnes, ne représente en effet que 1,1% de la population totale vivant en France et 13% de la population immigrée, mais respectivement près d'un quart de l'ensemble des PVVIH et plus des trois quarts des PVVIH immigrées suivies à l'hôpital en 2011¹. La même année, 32% de l'ensemble des découvertes de séropositivité et 68 % des découvertes effectuées chez des personnes nées à l'étranger ont concerné des personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne. En termes d'incidence, cela correspond à 291 nouvelles découvertes de séropositivité pour 100 000 personnes au sein de cette population.³

La prévalence du VIH particulièrement élevée dans la population d'origine subsaharienne reflète pour partie les situations épidémiques dans les pays d'origine de ces immigrés, mais également le maintien d'une épidémie intra-communautaire dynamique une fois arrivés en France.

Par rapport à l'ensemble des PVVIH, cette population est caractérisée par une proportion sensiblement plus élevée de femmes. En 2011, deux tiers des PVVIH d'origine subsaharienne sont des femmes, contre seulement un tiers de l'ensemble des PVVIH résidant en France.¹ La transmission du virus, de façon très prédominante, s'effectue lors de rapports hétérosexuels. Alors que près de 40% des infections découvertes chez les hommes en 2011 sont consécutives à des rapports homosexuels masculins, ce mode de transmission ne concerne que 5% des hommes nés en Afrique subsaharienne. Chez les hommes comme chez les femmes de cette origine, la part des transmissions imputable à l'usage de drogues injectables est également très faible, de l'ordre de 2%.³

I.2. CES POPULATIONS CUMULENT DIFFÉRENTS FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET ACCÈDENT PLUS TARDIVEMENT À LA PRISE EN CHARGE DU VIH

DES POPULATIONS PARTICULIÈREMENT PRÉCAIRES SUR LE PLAN SOCIO-ÉCONOMIQUE, RELATIONNEL ET/OU ADMINISTRATIF

Différents indicateurs^{1,4,5} montrent que les immigrés atteints par le VIH, et particulièrement ceux originaires d'Afrique subsaharienne, sont en situation de plus grande précarité socio-économique, relationnelle et/ou administrative comparativement à la population immigrée dans son ensemble.

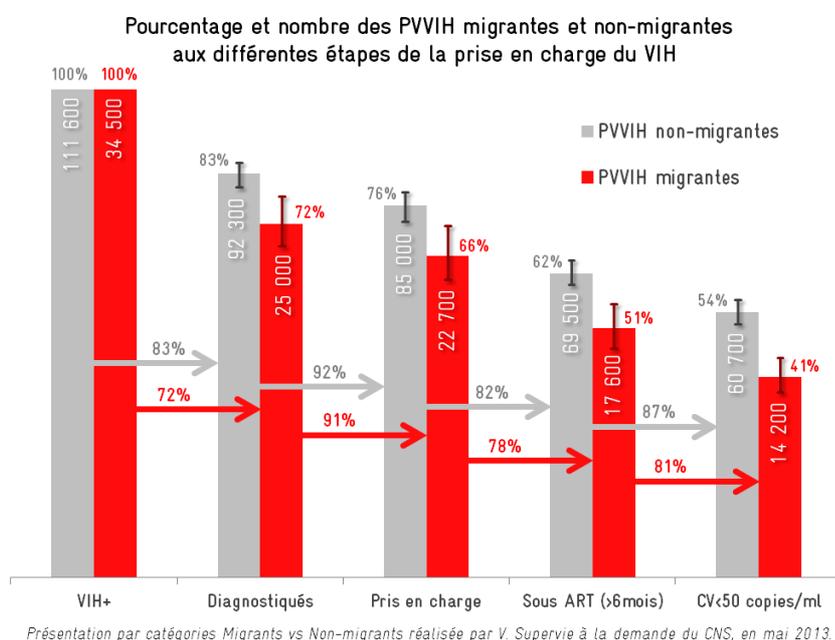
Certains de ces facteurs de vulnérabilité sont liés à la situation d'immigration et aux conditions défavorables sur le plan économique, social ou administratif qui y sont fortement associées, notamment quand la migration est récente. D'autres relèvent de la maladie, soit par ses conséquences directes (rejet, isolement, difficultés à construire des unions, notamment pour les femmes), soit qu'elle aggrave les difficultés socio-économiques rencontrées par ailleurs ou obère la capacité à y faire face (accès au logement et à l'emploi, niveau de revenu).

UNE PRISE EN CHARGE NON OPTIMALE CAR PLUS TARDIVE

Réduire le délai entre l'infection et son traitement grâce à un diagnostic et une entrée dans la filière de soins précoces constitue un facteur déterminant du succès thérapeutique au niveau individuel et contribue à réduire la survenue de complications et à améliorer l'espérance de vie.

Sur le plan de la santé publique, le retard au dépistage participe de façon significative à la dynamique de l'épidémie. *A contrario*, le diagnostic de l'infection et l'entrée dans la prise en charge médicale et psychosociale induisent un double bénéfice collectif : d'une part, il est démontré que la connaissance par les personnes de leur infection favorise la diminution des comportements sexuels à risques^{6,7} ; d'autre part, on considère aujourd'hui que la capacité des traitements antirétroviraux à réduire très fortement le risque que la personne infectée transmette le virus par voie sexuelle représente un levier essentiel pour faire baisser le nombre de nouvelles contaminations dans la population, condition pour parvenir à infléchir la dynamique de l'épidémie.^{8,9,10,11}

Au regard de ces objectifs, plusieurs indicateurs montrent que si la précocité du dépistage et de l'accès à la prise en charge a globalement progressé pour l'ensemble des PVVIH depuis le début des années 2000, un décalage subsiste au détriment des PVVIH immigrées. L'enquête Vespa 2 décrit ainsi une proportion sensiblement supérieure de diagnostics tardifs ($CD4 < 350/mm^3$) et ultra-tardifs ($CD4 < 200/mm^3$ ou stade sida) chez les PVVIH immigrées d'Afrique subsaharienne diagnostiquées entre 2003 et 2010 comparativement à celle observée dans l'ensemble des PVVIH sur la même période.¹



Des travaux de recherche récents permettent d'estimer le taux d'inclusion des PVVIH aux différentes étapes de la prise en charge médicale en distinguant selon les groupes de transmission classiquement utilisés en épidémiologie.¹² Le graphique ci-contre établit une comparaison entre « PVVIH migrantes » et « PVVIH non-migrantes ». La première catégorie isole, schématiquement, la population des PVVIH immigrées et/ou étrangères infectées par voie hétérosexuelle, la seconde agrège les autres groupes de transmission. Bien que ne distinguant que de manière approchée la population des PVVIH immigrées, ces données mettent en évidence leur situation comparativement moins favorable au regard des objectifs d'accès au traitement.

La représentation "en cascade" des différents stades de la prise en charge montre que la première étape du dépistage joue un rôle essentiel dans la constitution du décalage qui s'observe ensuite à chaque étape de la prise en charge. Toutefois, ce décalage s'accroît ensuite, à l'étape de la mise sous traitement, puis en termes de proportion des patients qui, une fois sous traitement parviennent à atteindre l'objectif de suppression virale. Ces données mettent ainsi en évidence, en fin de chaîne, une proportion de personnes sous traitement et en succès thérapeutique significativement plus faible au sein de la population de migrants.

Au regard des enjeux et des priorités actuelles de la lutte contre le VIH, le moindre niveau de couverture par des traitements efficaces au sein de la population immigrée ne peut être considéré comme satisfaisant, ni en termes de santé individuelle des personnes, ni du point de vue de l'intérêt collectif, compte tenu de la part de cette population dans l'épidémie.

II. UN ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE GLOBALEMENT ASSURÉ, MAIS QUI DEMEURE DIFFICILE POUR UNE PARTIE DES PERSONNES RÉCEMMENT IMMIGRÉES

II.1. L'ACCÈS À UNE PRISE EN CHARGE DE DROIT COMMUN EST CONDITIONNÉ À LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR, ALORS QUE DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES PERMETTENT L'ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE OU INSTABLE

DES MODES DE PRISE EN CHARGE DIFFÉRENTS SELON LE STATUT ADMINISTRATIF AU REGARD DU SÉJOUR

Les immigrés ayant acquis la nationalité française ont, par définition, accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun de prise en charge médicale et sociale de l'assurance maladie, par affiliation soit au régime salarié, soit à la Couverture maladie universelle (CMU). Pour les immigrés étrangers, cet accès est conditionné, légalement depuis 1993, au critère de la régularité de leur présence sur le territoire au regard de la législation sur l'entrée, le séjour et le droit d'asile des étrangers en France.

S'agissant des étrangers en situation irrégulière, à la différence de très nombreux pays, la France s'est dotée à la fin des années 1990 de dispositifs sociaux spécifiques permettant, sous certaines conditions, d'assurer leur accès à la prise en charge médicale. Deux types de dispositifs, de nature différente, doivent être distingués :

- **le dispositif de l'aide médicale d'État (AME)** relève des systèmes de protection sociale et s'adresse spécifiquement aux étrangers en situation irrégulière. Il permet un accès gratuit à la prise en charge médicale pour les étrangers en situation irrégulière dont les revenus au cours des 12 derniers mois sont inférieurs à un plafond de ressources de 8593 € (plafond en vigueur au 1^{er} juillet 2013). L'accès à l'AME est soumis, sauf pour les mineurs, à une condition de preuve de résidence ininterrompue en France d'au moins trois mois. Les étrangers ne remplissant pas cette condition et nécessitant une prise en charge qui ne peut être différée peuvent toutefois bénéficier des soins nécessaires dans le cadre du **dispositif dit « soins urgents »**. Contrairement à l'AME, il ne s'agit pas d'un droit individuel à prestation mais d'un fonds permettant aux établissements de soins de recouvrer, sous certaines conditions, les dépenses qu'ils ont consenties en vertu de l'obligation déontologique de délivrer des soins aux personnes démunies et dépourvues de droit à l'AME.
- **le dispositif dit du « droit au séjour pour raisons médicales »**, également dit dispositif « étrangers malades », relève en revanche du droit au séjour des étrangers. Défini par l'article L. 313-11-11 du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), il prévoit d'accorder de plein droit un titre de séjour régulier à l'étranger « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». Sous réserve de ces conditions relatives à la disponibilité d'un traitement dans leur pays d'origine, ce dispositif permet aux étrangers présents en France et atteints de pathologies graves, dont l'infection à VIH, de résider légalement sur le territoire au titre des soins que requiert leur état de santé. Le bénéfice de ce droit est d'application générale et peut être reconnu aussi bien à des étrangers en situation irrégulière au moment de la demande qu'à des étrangers en situation légale de séjour à un autre titre (salarié, étudiant, demandeur d'asile, etc.). En tant que détenteurs d'un titre de séjour régulier, de type Carte de séjour temporaire (CST) « vie privée et familiale », les bénéficiaires ont accès à l'ensemble des prestations sociales de droit commun de l'assurance maladie.

Cet ensemble de dispositifs, dont la complémentarité doit permettre d'assurer un accès aux soins nécessaires à l'ensemble des ressortissants étrangers présents sur le territoire, constitue un cadre réglementaire favorable dans son principe. Il instaure toutefois un mécanisme d'accès dual en faisant de la notion de régularité du séjour un critère déterminant des modalités d'accès à la prise en charge.

LES DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES LIÉES AU STATUT DU SÉJOUR NE CONCERNENT QU'UNE MINORITÉ D'IMMIGRÉS MAIS INTERVIENNENT DANS UNE PÉRIODE CLÉ DES PARCOURS

Les données de l'enquête VESPA 2¹ montrent qu'en 2011, les immigrés soignés pour le VIH en France ont très majoritairement accès à une prise en charge médicale et sociale de droit commun. Ainsi, pour ce qui est des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, environ 20% (17,2% des hommes et 22,0% des femmes) ont acquis la nationalité française, et parmi ceux qui demeurent étrangers, 9 sur 10 disposent d'un titre de séjour régulier de type carte de résident (CR) de 10 ans (40%) ou CST d'un an (50%). Un immigré étranger subsaharien sur dix est sans papiers ou en cours de démarches d'accès à un titre de séjour. L'ancienneté de l'arrivée en France des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne est relativement élevée, de 11 ans pour les hommes et de 9 ans pour les femmes en médiane.

Ces chiffres représentent des données cumulées à une année donnée, reflétant la constitution de la file active sur environ deux décennies. La répartition des statuts de séjour apparaît associée à l'ancienneté de la migration et différents éléments d'analyse suggèrent une logique de stabilisation progressive de la situation administrative des personnes à mesure que la durée de leur présence en France s'allonge.

La très forte part des personnes soit devenues françaises, soit bénéficiant d'un statut de séjour régulier de type CR ou CST, ne signifie pas que ces personnes ont toutes bénéficié d'emblée de ces statuts. Pour une partie d'entre elles, cette situation administrative stabilisée est le résultat de parcours administratifs souvent complexes au cours desquels elles ont fait, durant une période plus ou moins longue, l'expérience de situations d'irrégularité et/ou d'une forte instabilité sur le plan de leur statut de séjour. De ce point de vue, la répartition des statuts de séjour observée aujourd'hui dans la file active tend à montrer que les dispositions permettant aux immigrés atteints par le VIH d'obtenir un statut de séjour légal stable ou relativement stable en France ont globalement fonctionné au fil du temps.

Cependant, la part de PVVIH immigrées ne disposant pas de titre de séjour régulier stable, à une année donnée, appelle des conclusions nuancées. Parmi environ 24 000 patients immigrés d'Afrique subsaharienne suivis à l'hôpital pour le VIH en 2011, on peut estimer à 8%, soit de l'ordre de 1900 personnes, le nombre de ceux qui étaient démunis de papiers ou en cours de démarches pour obtenir un titre de séjour. Bien que concernant une minorité de personnes, il est cependant important, compte tenu de la logique des parcours administratifs évoquée plus haut, d'accorder une attention particulière à la situation des immigrés confrontés à ces difficultés. En effet, ces dernières interviennent généralement au cours des premiers mois et/ou années suivant l'arrivée en France, soit à un moment clé pour une entrée précoce dans la démarche de dépistage et de soins. La nature de ces difficultés et leur impact sur les conditions de prise en charge doivent par conséquent être précisés.

II.2. LES DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES RENCONTRÉES PAR LES ÉTRANGERS EN SITUATION DE SÉJOUR IRRÉGULIÈRE OU INSTABLE DEMEURENT UN FREIN IMPORTANT À UNE ENTRÉE PRÉCOCE ET AU MAINTIEN DANS LE SOIN

DES SITUATIONS D'INSTABILITÉ ADMINISTRATIVE TRÈS FLUCTUANTES

La notion de régularité du séjour n'est pas univoque, ni sur le plan du droit, ni dans la pratique administrative. On peut schématiquement distinguer deux catégories d'étrangers confrontés à des difficultés au regard de leur statut de séjour :

- Une première catégorie est constituée de l'ensemble des personnes étrangères qui ne disposent d'aucun document attestant de la régularité de leur présence en France. Elle comprend des étrangers entrés clandestinement ou non sur le territoire français, soit n'ayant jamais fait de demande de titre de séjour, soit ayant fait une demande de titre de séjour qui a débouché sur une réponse négative des autorités françaises.
- Une seconde catégorie, extrêmement hétérogène, présente des situations très différentes d'étrangers qui ne sont pas en situation irrégulière *stricto sensu*, mais ne détiennent cependant pas de *droit* au séjour. La diversité de ces situations renvoie à la complexité du droit des étrangers et de ses fréquentes réformes, aux spécificités liées aux motifs de la migration et à la disparité des traitements des dossiers selon les préfectures. L'une des principales difficultés rencontrées réside dans la pratique consistant à délivrer successivement, dans un contexte de longs délais d'instruction et de traitement administratif des demandes, soit des autorisations provisoires de séjour (APS) d'une durée de validité au maximum de 3 mois, soit de simples récépissés de demande ou des convocations à un rendez-vous ultérieur en préfecture.^{13,14,15} Les personnes disposent donc de « papiers » qui leur permettent de se maintenir légalement sur le territoire. Pour autant, au regard du critère de la régularité ou de l'irrégularité du séjour, le statut que confèrent ces divers documents apparaît extrêmement flou et, en particulier pour les récépissés ou les convocations, dépourvus de fondement juridiques clairs. La valeur de ces documents et les droits qu'ils sont susceptibles d'ouvrir s'avèrent sujets à des appréciations divergentes selon les administrations et les lieux.¹³

Il convient de souligner l'évolutivité de ces situations au regard des trajectoires administratives individuelles des personnes, principalement lors d'une primo-demande d'un titre de séjour, mais également lors d'un renouvellement d'un titre stable précédemment acquis, notamment la CST d'un an. La complexité et l'ambiguïté juridique qui caractérisent certains aspects du droit des étrangers ainsi que les disparités que l'on constate dans sa mise en œuvre contribuent à produire ou entretenir pendant de longues périodes des situations d'irrégularité et/ou d'instabilité administrative. L'évolution continue de la législation contribue en outre à « produire des irréguliers », dans la mesure où la même personne peut successivement obtenir, puis perdre son statut.

LA COMPLEXITÉ DES PARCOURS ADMINISTRATIFS A D'IMPORTANTES RÉPERCUSSIONS SUR LES CONDITIONS DE VIE ET D'ACCÈS AUX SOINS

Si la grande majorité des étrangers suivis pour le VIH sida accèdent en fin de compte, mais dans des délais très variables, à un titre de séjour de type CST ou CR, les situations d'irrégularité et/ou d'instabilité administrative rencontrées dans les premiers mois ou années de séjour en France, comme lors d'aléas de parcours ultérieurs, ont un impact fort sur les conditions de vies et de protection sociale des personnes. Elles constituent, de façon générale, un facteur majeur de précarité socio-économique en restreignant la capacité des personnes à se procurer des revenus, trouver ou se maintenir dans un emploi, et se loger. Elles constituent également, de façon plus spécifique, un obstacle à l'accès aux prestations sociales de droit commun, notamment de santé.

Au regard de la structure duale des modes d'accès à une prise en charge médicale et sociale, l'accès aux différents dispositifs en fonction de la situation administrative des personnes et de ses fluctuations peut être schématisé par le tableau suivant :

Accès des étrangers aux dispositifs de prise en charge des soins de santé selon leur statut administratif de séjour : état du droit et effets constatés dans les pratiques

Situation administrative	Type de couverture accessible en droit / en pratique	
Régulière « stable » <ul style="list-style-type: none"> • Carte de résident (10 ans) • Carte de séjour temporaire (1an) renouvelable (titres avec autorisation de travailler) 	Assurance maladie <ul style="list-style-type: none"> • Régime salarié ou CMU (selon situation par rapport à l'activité) • Ayant-droit d'un assuré 	
Régulière « instable et/ou ambiguë » <ul style="list-style-type: none"> • Autorisations provisoires de séjour (3 mois, généralement sans autorisation de travailler) • Documents attestant de démarches administratives : récépissés, convocations,... 	<ul style="list-style-type: none"> • En droit : CMU • Dans les faits : souvent AME 	
Irrégulière Résidence prouvable supérieure à 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> • AME ou ayant-droit d'un bénéficiaire de l'AME 	
Irrégulière Résidence prouvable inférieure à 3 mois (sauf mineurs)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif « soins urgent » 	

L'architecture de ce système à plusieurs guichets, compte tenu de la complexité et de la forte évolutivité des situations administratives, complique l'accès à la prise en charge médicale et nuit à sa fluidité et à sa continuité. Les évolutions de la situation administrative des personnes sur le plan du séjour modifient fréquemment leurs conditions d'éligibilité aux différents dispositifs et entraînent des allers-retours entre prise en charge de droit commun et recours aux dispositifs spécifiques. Ces changements de guichet impliquent des démarches complexes et longues qui favorisent des décalages de situation incohérents et, surtout, des interruptions ou des pertes de prestations. Entre autres, il est fréquemment constaté que les personnes disposant d'APS, bien qu'éligibles à une couverture par la CMU, ne parviennent pas à faire valoir ce droit. De même, on observe que des personnes couvertes par l'assurance maladie (CMU ou régime salarié) en vertu de leur statut régulier antérieur peuvent en perdre le bénéfice, devoir solliciter l'AME et l'obtenir à un moment où, recouvrant un titre de séjour stable, elles n'en relèvent plus. Ce type de rupture peut entraîner la perte d'autres prestations sociales, notamment du handicap, et/ou également favoriser la perte d'emploi.^{14,15}

Plus fondamentalement, certaines conséquences de la dualité entre dispositifs de droit commun et dispositifs spécifiques doivent être interrogées. En soumettant la démarche d'entrée dans le soin à la prise en compte du statut du séjour, le principe d'assurer la prise en charge des étrangers en situation irrégulière par des dispositifs qui leurs sont exclusivement dédiés constitue en soi une barrière en direction de personnes qui peuvent être réticentes à entrer en contact avec les administrations en raison même de l'irrégularité de leur situation. Elles sont par ailleurs susceptibles de méconnaître souvent leurs droits et de ne pas avoir les compétences administratives et/ou linguistiques nécessaires pour affronter la complexité des démarches requises. En pratique, l'ouverture de droits à l'AME est généralement engagée à l'initiative de services sociaux ou d'associations et requiert un accompagnement des personnes. Selon plusieurs indicateurs^{16,17}, l'ouverture des droits intervient tardivement, face à un problème de santé important, quand un recours aux soins ne peut plus être différé. D'autre part, la prise en charge du VIH peut requérir d'autres prestations que la seule couverture des frais médicaux, telles que des prestations liées au handicap, le recours à des dispositifs d'hébergement thérapeutiques ou à des services d'accompagnement ou d'aide à la personne. Ces prestations ne sont pas accessibles aux personnes relevant des dispositifs AME ou « soins urgents ». Elles n'ont également pas accès aux protocoles d'essais thérapeutiques et de recherche auxquels leur état de santé pourrait les rendre potentiellement éligibles.

III. LA PRISE EN CHARGE DES ÉTRANGERS EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE OU INSTABLE S'AVÈRE SOUS-OPTIMALE EN RAISON DES CONTRADICTIONS AUXQUELLES SONT SOUMIS LES DISPOSITIFS

L'architecture complexe des dispositifs d'accès aux soins des étrangers en situation de séjour irrégulière ou instable ne répond pas à une logique d'efficacité sanitaire et sociale, qui viserait à organiser le système prioritairement dans l'objectif de faciliter au maximum l'entrée dans la prise en charge médicale et sociale des populations concernées et leur maintien dans le soin. La segmentation actuelle du système en plusieurs dispositifs fortement conditionnés résulte de choix initiaux puis de réformes successives guidés principalement par des objectifs restrictifs relevant des politiques dites de maîtrise des flux migratoires, ainsi que par des considérations de maîtrise des dépenses consenties, via les dispositifs spécifiques, en faveur de la prise en charge de santé des étrangers en situation irrégulière. Sur ce dernier aspect, la stratification peu cohérente des dispositifs se traduit cependant, à rebours des objectifs affichés, par un jeu de transferts de charges non rationnel du point de vue de la gestion des finances publiques.

III.1. DES DISPOSITIFS CONÇUS ET/OU MIS EN ŒUVRE EN FONCTION DES OBJECTIFS CONTRADICTOIRES DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE CONTRÔLE DES FLUX MIGRATOIRES

La genèse puis l'évolution à la fois du dispositif « étranger malade » et du dispositif AME portent la marque des tensions qui résultent de l'introduction dans les politiques sociales et de santé de dispositions supposées contribuer à la réalisation des objectifs des politiques de réduction des flux d'immigration, et qui induisent des logiques de restriction d'accès aux droits.

Le renforcement croissant, au cours des deux dernières décennies, des conditions d'entrées et de séjour en France a progressivement restreint les possibilités d'immigration légale. Il s'est accompagné de nombreuses mesures de contrôle, dans des domaines très différents, visant à la fois à assurer une mise en œuvre effective de dispositions restrictives et à décourager l'immigration illégale. Dans le domaine social et sanitaire, ces objectifs des politiques migratoires se traduisent principalement par la volonté de réduire l'attractivité du système de protection sociale français, dont la générosité serait supposée produire un effet d'« appel d'air » favorisant l'afflux d'immigrés irréguliers vers la France.

En elle-même, la nécessité d'instaurer des dispositifs spécifiques pour assurer la prise en charge de santé des étrangers en situation irrégulière découle du principe de lier le bénéfice du système de protection sociale de droit commun non à la résidence habituelle de fait sur le territoire français, mais à son caractère légal. Dans un contexte de durcissement des mesures de dissuasion de l'immigration clandestine, ces dispositifs spécifiques tendent eux-mêmes à être réformés et/ou appliqués dans un sens plus restrictif, visant à limiter le nombre de bénéficiaires potentiels. S'il s'agit, là encore, de réduire l'attractivité potentielle de l'offre sociale accessible en cas d'immigration clandestine pour en limiter les flux, l'objectif poursuivi est également de réduire les dépenses consenties en faveur de personnes considérées par certains comme illégitimes à bénéficier de la solidarité nationale.

Concernant le dispositif « étranger malade », différents travaux, conduits par des acteurs associatifs, scientifiques ainsi qu'institutionnels, dont notamment le Conseil national du sida^{18,19}, mettent en évidence une évolution tendanciellement restrictive de la législation du droit au séjour pour soins ainsi que des conditions de son application. De profonds dysfonctionnements dans l'instruction des demandes sont en outre sources d'allongement des délais et de disparités marquées de décision.¹³ Il apparaît toutefois qu'une définition et/ou une mise en œuvre malthusienne du droit au séjour pour soins ne fait pas disparaître les besoins de prise en charge de personnes atteintes de pathologies graves, dont le VIH, mais reporte celle-ci vers le cadre de l'AME, moins favorable.¹⁶

Le dispositif de l'AME, issu du choix du législateur de soumettre l'accès à la couverture maladie universelle au critère de régularité du séjour, a également fait l'objet depuis sa création en 1999 de plusieurs aménagements renforçant les conditions d'accès, notamment dans l'objectif de faire face à l'augmentation des dépenses du dispositif. La principale réforme, adoptée en 2003 et entrée en application en 2007, a introduit une condition de résidence prouvée en France d'au moins trois mois. La nécessité de répondre à la situation de personnes ne remplissant pas cette nouvelle condition mais requérant un accès aux soins sans délai a, toutefois, conduit à la création concomitante du dispositif « soins urgents ».¹⁶ Pour une partie des étrangers en situation irrégulière confrontés à un besoin de soins médicaux, mais également pour les structures de soins auxquelles ils recourent, le principal effet de cette réforme est d'avoir différé de trois mois l'ouverture des droits à l'AME et imposé, pour couvrir la période de carence ainsi créée, le recours à un dispositif supplémentaire.

III.2. DES TRANSFERTS DE PERSONNES ET DE CHARGES D'UN DISPOSITIF À L'AUTRE QUI NUISENT À L'EFFICIENCE ÉCONOMIQUE DE L'INVESTISSEMENT CONSENTI

En dépit de l'objectif affiché de renforcer la maîtrise des dépenses des différents dispositifs, les éléments d'analyse financière disponibles tendent à montrer que le renforcement des conditionnalités d'accès, non seulement ne réduit pas la charge globale pour la collectivité, mais nuit à l'efficacité économique du système.

DES TRANSFERTS DE CHARGES QUI S'APPARENTENT À UN « JEU DE BONNETEAU » BUDGÉTAIRE

Une analyse précise de l'évolution des dépenses du dispositif de l'AME, conjointement conduite en 2009 par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹⁶, permet de mettre en évidence une série d'effets de transferts budgétaires induits par la stratification des dispositifs et les logiques et les phénomènes de circulation des personnes d'un guichet à l'autre.

L'IGF et l'IGAS relèvent notamment que l'application restrictive de la procédure « étranger malade » augmente les dépenses d'AME, en reportant vers ce dispositif la prise en charge de personnes atteintes de pathologies lourdes, durables et/ou coûteuses, dont le VIH/sida, pour lesquelles l'accès à un titre de séjour de plein droit, ouvrant à une prise en charge de droit commun (sécurité sociale ou CMU/CMU-C), aurait dû fonctionner. Cet impact sur les dépenses est particulièrement fort au regard du fait qu'une part importante des dépenses d'AME apparaît concentrée sur les frais hospitaliers d'un nombre réduit de bénéficiaires gravement malades. De même, les restrictions de l'accès à l'AME ne réduisent qu'en apparence les dépenses, puisqu'elles conduisent à une augmentation de celles du sous-dispositif « soins urgents ».

D'un point de vue budgétaire, le financement de l'AME et du dispositif « soins urgents » relèvent intégralement du programme 183 « protection maladie » du budget de l'État. Ce programme a également vocation à compléter, si nécessaire, au titre de l'État, le financement du fonds CMU. Ces différentes actions participent de l'objectif général assigné au programme 183 d'« *assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en faveur de l'accès aux soins et de l'indemnisation des publics les plus défavorisés.* »

Au regard de l'objectif du programme 183 du budget de l'état, et de la convergence des missions CMU/CMU-C, AME et « soins urgents » qu'il finance, la segmentation de ces dispositifs apparaît peu rationnelle sur le plan budgétaire et en termes de gestion opérationnelle. Les déplacements des bénéficiaires d'un compartiment du dispositif à l'autre opèrent en effet de simples transferts de charges entre secteurs de financement de la protection maladie et/ou entre des lignes de crédit d'un même programme budgétaire. Ils ne peuvent par conséquent constituer une source d'économie pour la collectivité.

UNE SOURCE DE SURCOÛTS POUR LES FINANCES PUBLIQUES

Plusieurs éléments contribuent à montrer que ces mécanismes ne constituent pas qu'un jeu d'écriture à somme nulle, mais augmentent les dépenses totales consenties par la collectivité pour la protection maladie des étrangers en situation irrégulière.

Un premier élément tient aux modalités d'organisation des dispositifs AME et « soins urgents » et notamment au mode de tarification des prestations qui les caractérisent. L'évaluation de l'IGAS et de l'IGF montre ainsi, pour l'année 2009, un surcoût de 130 M€ imputable au système spécifique de tarification hospitalière appliqué pour les prestations servies dans le cadre de l'AME, par rapport aux mêmes prestations servies dans le cadre commun. Cette dépense supplémentaire représente à elle seule le quart des dépenses totales consenties au titre de l'AME.¹⁶ Un processus d'unification des règles tarifaires, aujourd'hui en cours, devrait toutefois progressivement réduire ce type de surcoût.

En second lieu, l'entretien d'un triple guichet et l'extrême complexité des procédures administratives mises en œuvre constituent nécessairement, sans qu'il soit possible d'en proposer une estimation, une source de coûts de gestion supplémentaires.

Enfin et plus fondamentalement, il peut être démontré, à tout le moins dans le domaine de la prise en charge du VIH, que les facteurs susceptibles de freiner l'accès précoce aux soins, en nuisant à l'efficacité sanitaire de la prise en charge, tendent à en augmenter le coût final.

IV. SORTIR DU DROIT SPÉCIFIQUE POUR INTÉGRER LE DROIT COMMUN

L'ensemble des constats portés dans le présent Avis sur les conditions actuelles d'accès des étrangers atteints par le VIH à une prise en charge de santé adaptée dresse le tableau d'un système d'ensemble excessivement complexe, inutilement stratifié, peu cohérent et peu efficace tant sur le plan social et sanitaire qu'administratif et économique.

Dans une perspective avant tout de rationalisation de la dépense publique et de l'action sociale, l'IGF et l'IGAS recommandaient en 2009 une fusion des dispositifs AME et « soins urgents » dans le dispositif de la CMU.¹⁶ Du point de vue plus large de l'intérêt pour la santé des personnes et pour la santé publique, le Conseil national du sida souscrit à cette préconisation forte en ce qu'elle consiste à rompre avec la logique des dispositifs dérogatoires au droit commun et paraît à même de résoudre ou d'améliorer sensiblement de nombreuses difficultés que produit le système actuel.

Constatant la prégnance des enjeux migratoires et économiques dans les débats publics relatifs aux droits sociaux en faveur des immigrés, le Conseil s'est notamment attaché à évaluer l'impact attendu de la recommandation sur ces deux plans.

IV.1. CONFORTER LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOIN ET FUSIONNER LES DISPOSITIFS AME ET SOINS URGENTS AVEC LA CMU : UNE RÉPONSE COHÉRENTE POUR RENFORCER L'EFFICACITÉ SOCIALE ET SANITAIRE DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE

Les étrangers les plus vulnérables sur le plan administratif, social et économique, en particulier dans les premiers mois et années suivant leur arrivée en France, rencontrent d'importantes difficultés à connaître leurs droits et à s'engager dans des démarches administratives complexes pour les faire valoir, ce qui produit des taux élevés de non-recours aux prestations auxquelles ils peuvent prétendre. A cet égard, fusionner les dispositifs AME et « soins urgents » dans la prise en charge au titre de la CMU/CMU-C permettra de supprimer l'enchevêtrement des conditionnalités multiples et de procéder à une simplification radicale, au profit d'un système d'accès unifié et universel, éminemment plus lisible pour les usagers.

La simplification et l'unification des règles bénéficient également aux différentes administrations et à leurs personnels dont la mission est l'établissement de l'accès aux droits et aux soins. Elles favorisent la fluidité et la continuité des parcours en permettant un raccourcissement des délais de réponse et une meilleure prévisibilité des résultats des démarches. Dans des contextes d'ouverture de droits à une couverture médicale souvent marqués par l'urgence sociale, l'amélioration de la réactivité des administrations est un gage important d'efficacité de l'intervention sociale consentie par la collectivité en faveur des publics les plus vulnérables.

La prise en charge dans le dispositif unique de la CMU/CMU-C permet, en outre, de ne plus faire dépendre les modalités de la prise en charge de santé des aléas qui caractérisent les parcours administratifs en matière de séjour et qui exigent actuellement une adaptation fréquente du mode d'accès à la couverture maladie en fonction des fluctuations du statut selon le type de « papiers » dont dispose la personne. Il est par ailleurs souhaitable que le dispositif « étranger malade », de façon plus conforme à ses finalités humanitaires, sanitaires et sociales initiales, joue pleinement son rôle de stabilisation rapide de la régularité du séjour pour des personnes confrontées à des pathologies graves.

Enfin, au-delà de la simplification pratique, le principe d'un accès et d'une gestion de droit commun constitue un message fort de non-discrimination face à la maladie et d'affirmation de la légitimité de toute personne vivant en France à recourir au système de soins en fonction de ses besoins de santé et non des « papiers » dont elle dispose.

IV.2. LES CRAINTES RELATIVES À UNE AUGMENTATION DES FLUX MIGRATOIRES SOUS L'EFFET D'UN ACCÈS FACILITÉ À LA PRISE EN CHARGE APPARAISSENT PEU FONDÉES

La fusion des dispositifs spécifiques dans le dispositif CMU/CMU-C remet en cause le principe général de lier l'accès à des prestations sociales de droit commun à la condition de régularité du séjour. Or, il est parfois affirmé qu'une amélioration des droits sociaux accordés aux étrangers en situation irrégulière renforce l'attractivité du pays et entraîne inévitablement une augmentation de l'immigration clandestine.

Dans la perspective de recommandation d'une fusion des dispositifs dans celui de la CMU/CMU-C, il convient donc de s'interroger sur le potentiel d'attraction effectif que ce type de mesure est susceptible d'exercer, relativement à d'autres facteurs, auprès des candidats à la migration.

L'ATTRACTIVITÉ DU SYSTÈME DE SOINS APPARAÎT PEU DÉTERMINANTE DANS LES CHOIX MIGRATOIRES

Si la générosité plus ou moins grande du système de prise en charge de la santé dans un pays d'accueil participe de son attractivité globale pour les candidats à la migration, ce facteur positif d'attraction n'est qu'un élément parmi de nombreux autres. Selon différents travaux sur les déterminants des migrations internationales^{20,21}, il ne représente qu'un facteur de faible poids relativement à des facteurs d'attraction de nature économique et/ou stratégique tels que les écarts de salaires entre le pays d'origine et le pays d'accueil, ou la présence dans le pays d'accueil d'une communauté installée. D'autre part, la décision de migrer ne procède pas seulement de la puissance d'attraction exercée par les pays de destination sur les candidats à la migration, mais également de l'existence de facteurs, pour certains impérieux, les poussant à quitter le pays d'origine, tels que l'absence de perspectives professionnelles et économiques, ou l'exposition à des violences politiques ou à des conflits armés.

La relative indifférence aux conditions de prise en charge des soins dans le choix du pays de destination peut également s'expliquer par le fait que la décision de migrer n'est généralement pas déterminée par un besoin de santé. Différentes données et études montrent que les personnes qui s'engagent dans la migration constituent une population structurellement plus jeune et en meilleure santé par rapport à la fois à la population de leur pays d'origine et à celle du pays d'accueil.²² Cette caractéristique est généralement expliquée par des mécanismes de « sélection positive » des candidats à la migration sur, entre autres, leur état de santé. Migrer est une entreprise difficile, risquée et coûteuse, qui favorise des processus d'auto-sélection des candidats au départ ou de sélection par les familles de celui ou celle de ses membres qui apparaît le plus apte à réussir, notamment économiquement, dans le pays étranger.²³ A l'inverse, la probabilité d'émigrer apparaît négativement affectée par l'âge, la maladie ou le handicap.

La migration sanitaire à proprement parler, entendue au sens d'un projet migratoire principalement motivé par la recherche de soins en réponse à une pathologie préalablement identifiée, demeure un phénomène marginal. Dans l'exemple des PVVIH immigrées originaires d'Afrique subsaharienne, on estime à 16% la proportion de celles qui connaissaient leur infection antérieurement à la migration, les autres n'ayant été diagnostiquées qu'après leur arrivée en France.¹ Encore cela ne signifie-t-il pas, pour les 16% de personnes diagnostiquées dans leur pays d'origine, que la recherche de soins ait représenté le principal voire l'unique motif de migration vers la France.

UNE COMPARAISON PAR PAYS NE MONTRE PAS DE CORRÉLATION ENTRE FLUX MIGRATOIRES ET GÉNÉROSITÉ DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MIGRANTS ILLÉGAUX

Une enquête conduite par Médecins du Monde auprès d'immigrés fréquentant les structures de soins de l'association dans 11 pays européens²⁴ permet d'apporter un éclairage complémentaire. Les usagers enquêtés, non représentatifs de l'ensemble des immigrés vivant dans les différents pays, ont pour caractéristiques d'être en recherche d'accès aux soins, en situation de grande précarité socio-économique et, pour une forte proportion d'entre eux, en situation de séjour irrégulier. Cette enquête, en premier lieu, confirme la faible part de personnes, variant d'environ 4 à 10% selon les pays, évoquant les raisons de santé parmi les motifs de leur émigration. En second lieu, elle permet de constater une absence totale de corrélation entre le choix d'un pays de destination et les possibilités d'accès aux soins que celui-ci offre aux étrangers en situation irrégulière.

Une fusion des dispositifs spécifiques AME et « soins urgents » dans le dispositif de droit commun CMU/CMU-C ne paraît donc pas susceptible d'avoir un impact significatif sur les flux migratoires en direction de la France.

IV.3. EN FAVORISANT LA PRISE EN CHARGE PLUS PRÉCOCE DES IMMIGRÉS ATTEINT PAR LE VIH, LA MESURE APPARAÎT FORTEMENT COÛT-EFFICACE, VOIRE GÉNÉRATRICE D'ÉCONOMIES NETTES POUR LA COLLECTIVITÉ

Du point de vue financier, la disparition des dispositifs spécifiques AME et « soins urgents » au profit d'un principe de prise en charge unique dans le cadre du dispositif de droit commun CMU/CMU-C présente un fort potentiel de rationalisation des coûts actuellement générés par leur gestion spécifique. Le transfert de gestion vers le cadre tarifaire et les procédures et circuits administratifs courants de l'assurance maladie constitue une opportunité évidente de réalisation d'économies. Autrement dit, à recours équivalent au système de soins, la prise en charge des étrangers relevant antérieurement des dispositifs AME et « soins urgents » apparaît moins coûteuse dans le cadre du droit commun.

Toutefois, l'objectif d'une prise en charge des étrangers dans le cadre du droit commun est d'abord de créer un environnement qui favorise un recours plus facile et plus fluide aux soins, et par là des diagnostics et une entrée plus précoces dans la prise en charge, ainsi qu'un maintien dans le soin. Si les bénéfices sanitaires individuel et collectif d'une prise en charge précoce sont avérés, il apparaît beaucoup plus complexe d'évaluer l'impact qu'une amélioration de la précocité de la prise en charge est susceptible d'avoir sur son coût total.

Afin d'éclairer cet aspect, le Conseil national du sida a sollicité le concours d'une chercheuse en économie de la santé pour réaliser une étude de coût-efficacité d'une prise en charge précoce du VIH chez les immigrés en France.²⁵

ÉVALUER LES ASPECTS SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES D'UNE PRISE EN CHARGE PLUS PRÉCOCE DES IMMIGRÉS ATTEINTS PAR LE VIH

Le travail de modélisation conduit dans cette étude consiste à évaluer l'impact économique d'une intervention permettant une amélioration de la précocité du dépistage et de l'accès aux soins des immigrés séropositifs en France. Le modèle développé repose sur une comparaison entre des prises en charge précoce et tardive respectivement définies par une entrée dans le soin à 350 et 100 CD4/mm³.

Le schéma ci-contre figure les mécanismes par lesquels une prise en charge précoce, entraînant un double bénéfice de santé individuelle et de santé publique, présentent également une série d'avantages d'un point de vue économique.

Un premier bénéfice tient au fait qu'une entrée précoce dans le soin prévient la survenue de complications coûteuses, et tend par là à réduire le coût total de la prise en charge. En revanche, d'un strict point de vue économique, l'augmentation de l'espérance de vie, induite par une prise en charge plus précoce, opère défavorablement sur le coût total de prise en charge en allongeant la durée, et par conséquent le coût du traitement antirétroviral.

Un second bénéfice, collectif, résulte de l'effet préventif du traitement antirétroviral sur le risque de transmission secondaire. En permettant d'éviter un certain nombre d'infections secondaires, un dépistage et un accès au traitement plus précoces permettent de réduire les coûts de prise en charge futurs.

L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS PRÉCOCE À LA PRISE EN CHARGE DES IMMIGRÉS ATTEINTS PAR LE VIH APPARAÎT CONSTITUER UNE STRATÉGIE EFFICIENTE DU POINT DE VUE ÉCONOMIQUE

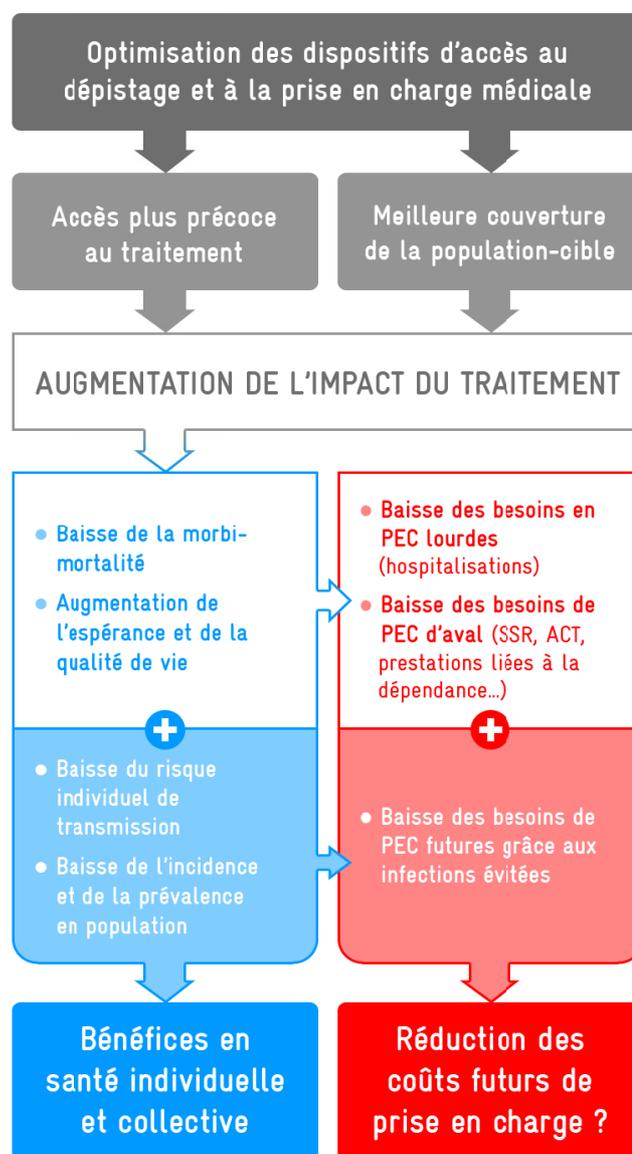
La modélisation réalisée montre que l'amélioration de la précocité du dépistage et de l'entrée dans le soin des immigrés atteints par le VIH, définie par une prise en charge à 350 vs 100 CD4/mm³, constitue une intervention « cost-saving » ou coût-efficace même dans les scénarios d'application les plus défavorables.

Quatre scénarios ont été étudiés. Dans celui correspondant aux hypothèses les plus favorables, la prise en charge précoce d'une personne permet de générer en moyenne une économie de 198 900 € par rapport à une prise en charge tardive. Cette économie provient notamment des coûts futurs évités du fait que la prise en charge précoce d'une personne permet d'éviter en moyenne 0,54 infection secondaire. Un deuxième scénario, fondé sur des hypothèses moins favorables pour certains des paramètres, présente une économie moyenne moindre, de 130 900 € par personne prise en charge précocement, pour 0,44 infection secondaire évitée.

Dans les deux scénarios les plus défavorables, la stratégie n'est plus génératrice d'économies nettes, mais conserve sans ambiguïté un caractère coût-efficace, avec un coût respectivement de 7500 € et de 19 000 € par QALY, sensiblement inférieur ou similaire aux ratios de différentes interventions actuellement recommandées par les pouvoirs publics en France comme dans différents pays comparables. Selon ces scénarios, la prise en charge précoce permet d'éviter en moyenne respectivement 0,23 et 0,21 infections secondaires. Ces résultats restent robustes lorsque la prise en charge tardive est définie comme une entrée dans le soin à 200 CD4/mm³ et face à une évolution plus défavorable des principaux paramètres du modèle.

Au delà des bénéfices médicaux en termes d'espérance et de qualité de vie, une prise en charge plus précoce des immigrés séropositifs présente donc également un avantage d'un point de vue économique, et ce alors même que le

Avantages attendus d'une prise en charge plus précoce des immigrés vivant avec le VIH



modèle utilisé ne permet de prendre en compte qu'une partie des bénéfices en termes de réduction de l'incidence et des coûts futurs de prise en charge. En effet, même si une mise sous traitement plus précoce augmente l'espérance de vie et donc le coût total de prise en charge des patients, la baisse du nombre d'infections secondaires liée à une telle intervention permet de compenser ce surcoût en évitant des dépenses de prise en charge dans le futur.

Au regard des débats sur le coût de la protection sociale de santé accordée aux étrangers en situation irrégulière, les éléments d'appréciation apportés par cette étude tendent à montrer la pertinence y compris sur le plan économique – dès lors qu'on y intègre l'ensemble des paramètres sanitaires concernés – d'un système favorisant l'accès le plus large et le plus précoce possible de cette population à la prise en charge médicale et sociale.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'accès des étrangers vivant avec le VIH en France à une prise en charge de santé adaptée apparaît globalement assuré, y compris, grâce à des dispositifs spécifiques, pour la minorité de ceux dont le statut administratif au regard de la législation sur le séjour est irrégulier ou instable. Le Conseil national du sida constate cependant que ces dispositifs spécifiques, dérogeant au système de protection sociale de droit commun, rencontrent des difficultés de mise en œuvre qui dégradent leur efficacité sociale, sanitaire et financière. Proche de constituer un système d'accès universel aux soins de santé, le système actuel apparaît inutilement complexe et générateur de dysfonctionnements préjudiciables aux objectifs poursuivis en matière de santé individuelle des personnes concernées et de santé publique.

Au terme de son analyse, **le Conseil national du sida recommande une évolution du système de protection maladie conforme à l'objectif d'assurer à toute personne atteinte par le VIH vivant sur le territoire un accès effectif au système de santé.**

A cet effet, le Conseil national du sida estime qu'il est nécessaire de rompre avec la logique de dispositifs dérogeant au droit commun et **préconise la fusion des dispositifs de l'Aide médicale d'État dans le dispositif de droit commun de la Couverture maladie universelle.**

Cette mesure vise à favoriser un accès plus large et plus précoce des étrangers en situation irrégulière à la prise en charge médicale et sociale ainsi qu'une meilleure continuité des soins. Renforcer la précocité du diagnostic et de l'accès au traitement permet d'améliorer l'espérance et la qualité de vie des personnes concernées. C'est aussi, au plan collectif, un levier important pour faire baisser le nombre de nouvelles contaminations et parvenir à infléchir la dynamique de l'épidémie.

Attentif aux interrogations que cette recommandation peut soulever relativement à son coût ainsi qu'à ses éventuelles conséquences sur le plan migratoire, le Conseil s'est attaché à en évaluer l'impact. Au regard des éléments d'appréciation réunis, l'intégration de la prise en charge des étrangers en situation irrégulière dans le dispositif de la CMU ne paraît pas susceptible d'influencer de manière significative les flux migratoires en direction de la France. En matière d'impact sur les dépenses de santé, une étude réalisée à la demande du Conseil tend à montrer qu'une mesure favorisant une prise en charge plus précoce du VIH chez les immigrés en France constitue une stratégie coût-efficace, et susceptible de générer une économie nette pour la collectivité.

RÉFÉRENCES

- ¹ Lert F. (dir.), « *Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2* », *BEH*, n°26-27, InVS, 2 juillet 2013.
- ² Insee, exploitation des données du recensement 2008.
- ³ InVS, données issues de la notification obligatoire des diagnostics d'infection par le VIH pour l'année 2011, *BEH*, n°28-29, InVS,, 16 juillet 2013.
- ⁴ Lert F., *et al.*, « Comment vit-on en France avec le VIH/sida? », *Population & Société*, n°406, INED, novembre 2004.
- ⁵ Enquête ANRS-RETARD, voir Calvez M., *et al.*, « Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : modalités d'accès et contextes socioculturels », ANRS/InVS, janvier 2006.
- ⁶ Marks G., Crepaz N. et Janssen R., "Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA", *AIDS*, 2006, Vol. 20, n°10, pp. 1447-1450.
- ⁷ Marks G., *et al.*, "Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs", *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 2005, Vol. 39, n°4, pp. 446-453.
- ⁸ Quinn T., *et al.*, "Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1", *New England Journal of Medicine*, 2000, Vol. 342, n°13, pp. 921-929.
- ⁹ Conseil national du sida, *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*, adopté le 9 avril 2009.
- ¹⁰ Cohen M.-S., *et al.*, "HIV treatment as prevention and HPTN 052", *Current opinion in HIV and AIDS*, 2012, Vol. 7, n°2, pp. 99-105.
- ¹¹ Attia S., *et al.*, "Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis", *AIDS*, 2006, Vol. 20, n°10, pp. 1447-1450.
- ¹² Supervie V., *et al.*, "The hidden HIV epidemic: what do mathematical models tell us? The case of France", *AIDS 2012 - XIX International AIDS Conference*, Washington DC, Session n° SUSA50, juillet 2012, <http://pag.aids2012.org/session.aspx?s=166>.
- ¹³ Inspection générale de l'administration, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades*, établi par O. Diéderichs, M. Vernhes, R. Founalès (IGA) et F. Chièze (IGAS), mars 2013.
- ¹⁴ Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, *Rapport 2011*, Médecins du Monde, octobre 2012.
- ¹⁵ Observatoire du droit à la santé des étrangers, *La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant - 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades*, Rapport, 2008.
- ¹⁶ Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide médicale d'État*, rapport établi par A. Cordier (IGF) et F. Salas (IGAS), novembre 2009.
- ¹⁷ Boisguérin B., « Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », *Dossiers solidarité et santé*, n°19, Drees, mai 2011
- ¹⁸ Conseil national du sida, *Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n°2400 « Immigration, intégration et nationalité »*, adoptée le 10 février 2011.
- ¹⁹ Conseil national du sida, *Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration*, adoptée le 27 avril 2006.
- ²⁰ Rapoport H., *et al.*, *Migrations et protection sociale : étude sur les liens et les impacts de court et long terme*, Rapport pour la Drees-Mire, juillet 2010.
- ²¹ Jusot F., *et al.*, *État de santé des populations immigrées en France*, IRDES, Documents de travail, n°14, juillet 2008.

²² Chojnicki X., « Immigration et protection sociale », in : de Montalembert M. (dir.), *La protection sociale en France*, 6^{ème} édition, La Documentation Française, Paris, 2013.

²³ Beine M., Docquier F. et Özden C., "Dissecting Network Externalities in International Migration", Université catholique de Louvain, Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES), série *Discussion Papers*, n°2011022, 2011.

²⁴ Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe - Rapport de l'enquête 2008*, Médecins du Monde, septembre 2009.

²⁵ Guillon M. et Celse M., « Coût-efficacité d'une prise en charge précoce du VIH chez les migrants en France », *article à paraître*.