



N° 2577

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 janvier 2020.

## PROPOSITION DE LOI

*visant à réformer l'accès aux soins des demandeurs d'asile,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Valérie BOYER, Mansour KAMARDINE, Jacques CATTIN, Patrick HETZEL,  
Guy BRICOUT, Marc LE FUR, Éric PAUGET, Charles de la VERPILLIÈRE,  
Émilie BONNIVARD, Emmanuelle ANTHOINE, Didier QUENTIN, Bernard  
BROCHAND, Stéphane VIRY, Thibault BAZIN, Raphaël  
SCHELLENBERGER, Annie GENEVARD, Laurent FURST, Michel  
HERBILLON,

députés.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La France est confrontée aujourd'hui à un véritable défi migratoire.

Dans les années 1960, le démographe Alfred Sauvy <sup>(1)</sup> avertissait déjà que le phénomène de l'immigration de masse extra-communautaire aurait des conséquences civilisationnelles, sociales, économiques et sécuritaires majeures et probablement hautement sismiques si des mesures de sélection et de contrôle n'étaient pas prises.

Et le problème n'est pas derrière nous car la pression migratoire aux frontières de l'Europe ne devrait pas cesser de croître au cours des prochaines années.

Tous les voyants sont au rouge :

– l'immigration légale bat des records : 256 000 titres de séjour en 2018, deux fois plus qu'il y a vingt ans ;

– l'immigration illégale atteint des sommets, 400 000 à 500 000 étrangers en situation irrégulière ;

– notre pays est aujourd'hui dans l'incapacité d'éloigner les étrangers : 95 % des déboutés du droit d'asile demeurent sur le territoire. À peine 7 000 expulsions forcées vers des pays tiers.

En 2019, en dépit d'une diminution des mouvements migratoires vers l'Europe, de l'ordre de 29 % par rapport à 2018, la France demeure, entre autres, exposée à une forte augmentation des demandes d'asile conduisant à une véritable saturation du système.

En 2018, la France a enregistré 123 000 demandes d'asile – un record – soit une augmentation de 22 % par rapport à l'année précédente alors que les demandes d'asile étaient déjà élevées.

Dans le même temps, le nombre de demandes d'asile diminuait de 10 % dans le reste de l'Europe. Cette diminution s'est particulièrement illustrée en Italie (-58 %), en Hongrie (-80 %), en Autriche (-46 %) et en Allemagne (-17 %).

---

(1) Alfred Sauvy est un économiste, démographe et sociologue français.

La France se trouve ainsi dans une situation singulière vis-à-vis de ses partenaires européens en raison de deux phénomènes :

1) Les mouvements migratoires secondaires en provenance d'autres pays européens. En moyenne 30 % des demandeurs d'asile en France ont déjà déposé un dossier dans un autre État membre de l'Union européenne et ne relèvent pas en principe de notre responsabilité (les « dublinés ») ;

2) La part importante de demandes d'asile émanant de ressortissants de pays que la France considère comme sûrs, c'est-à-dire dans lesquels les droits et libertés sont respectés.

En 2018, les cinq principaux pays d'origine des demandeurs d'asile dans l'Union étaient la Syrie, l'Afghanistan, l'Irak, le Pakistan et l'Iran.

En France, si les ressortissants afghans sont aussi les plus nombreux, ce sont ensuite les nationalités albanaise, géorgienne, guinéenne et ivoirienne qui constituent les nationalités les plus représentées dans la demande d'asile.

La France est ainsi le premier pays de destination en Europe des demandeurs d'asile albanais (44 % du total des demandes de l'UE) et géorgiens (37 %).

Nous assistons à un détournement massif du droit d'asile à des fins de migrations économique et illégale

La hausse importante de la demande d'asile en France a mécaniquement des conséquences sur le coût de l'allocation perçue par les demandeurs et le financement des structures d'hébergement, conduisant chaque année, comme le relevait au printemps dernier, la Cour des comptes à une sur exécution de la mission.

Ainsi, chaque année depuis 2010, les besoins relatifs à la garantie du droit d'asile sont couverts par la levée de la mise en réserve de la totalité des crédits gelés du programme 303 et par l'ouverture de crédits complémentaires dans le cadre d'un décret d'avance ou d'une loi de finances rectificative.

À titre d'illustration, en 2018, s'agissant de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA), la loi de finances initiale prévoyait un montant de 317,7 millions d'euros en crédits de paiement, il s'est finalement situé à 424,2 millions d'euros en exécution soit 106,5 millions d'euros supplémentaires ce qui représente 25 % du budget en plus.

Bien qu'aucune solution politique satisfaisante n'ait été proposée, à ce stade aux échelles nationale et européenne, pour répondre à ces deux phénomènes, l'ensemble des prévisions du Gouvernement repose pour 2020 – comme l'an passé – sur une stabilisation de la demande d'asile, ce qui est insincère.

D'après l'économiste Jacques Bichot <sup>(2)</sup>, qui a réalisé des études sur le coût de l'immigration, le « surcoût » pour l'État serait au moins de 8,5 milliards d'euros au nom des aides sociales et de santé, 4,47 milliards pour les frais de justice, 10 milliards pour l'école et l'enseignement supérieur, un milliard pour le logement, 500 millions pour les services publics de transports et près de 5 milliards pour les frais de justice, dont nombre d'études ne tiennent pas compte.

Le total avoisinerait les 25 milliards d'euros, sans compter le coût des soins.

En effet si « la santé n'a pas de prix, elle a un coût » et il existe des failles dans les dispositifs offerts par notre pays.

Ils ne sont pas pleinement efficaces et représentent souvent une lourde charge pour les finances publiques.

Par ailleurs, certains dispositifs contribuent à renforcer « l'attractivité » de la France aux yeux des candidats à l'immigration pouvant s'apparenter à une forme de « tourisme médical ». Ces dispositifs génèrent une injustice sociale.

### **L'aide médicale d'État (AME)**

L'aide médicale de l'État (AME) vise à assurer une couverture maladie aux personnes démunies qui résident en France en situation irrégulière, en poursuivant une triple logique : humanitaire (donner un accès aux soins aux personnes fragiles), de santé publique (éviter la propagation de maladies) et économique (prévenir les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence grâce à l'accès aux soins de ville).

Néanmoins, au regard de la hausse soutenue des dépenses d'AME, nous devons nous interroger fortement sur l'efficacité d'un tel dispositif. Au 31 décembre 2018, 318 106 personnes en étaient bénéficiaires, pour un

---

(2) Jacques Bichot est un économiste français. Professeur des universités, membre honoraire du Conseil économique et social, ses travaux portent sur l'économie monétaire, la politique sociale (l'économie de la protection sociale, les retraites et la politique familiale).

montant de dépenses de 848 millions d'euros, soit environ 2 666 euros par personne.

La prise en charge par l'AME n'est pas immédiate puisqu'elle nécessite une présence ininterrompue de plus de trois mois sur le territoire national. Elle est en outre délivrée sous condition de ressources.

Si l'évolution des dépenses d'AME est corrélée au nombre de bénéficiaires, par nature difficile à anticiper, elle dépend également des types de soins consommés, ce qui explique que l'évolution des dépenses et celles des bénéficiaires ne soient pas systématiquement parallèles.

La population bénéficiaire de l'AME est jeune – 21 % sont des mineurs – et près de la moitié ont entre 18 et 40 ans. Les hommes représentent par ailleurs 55 % de l'effectif total. Les bénéficiaires de l'AME présentent globalement un état de santé plus dégradé que celui de la population générale, comme en témoigne le fort taux de prise en charge des soins à l'hôpital – qui représente les 65 % de la dépense totale – et le taux de séjours hospitaliers présentant une sévérité particulière – qui représente près de 25 % des séjours.

S'agissant des séjours hospitaliers, près de la moitié relèvent du champ de la médecine, essentiellement en hépato-gastro-entérologie (15 % des séjours), pneumologie (13 %), puis en neurologie médicale, affections cardio-vasculaires et diabète-maladies métaboliques qui concentrent chacun 7 % des séjours de médecine. Les autres motifs de séjours hospitaliers concernent les séjours en obstétrique (28 %) et en chirurgie (19 %).

S'agissant des séances des patients bénéficiaires de l'AME, il s'agit pour moitié de séances de dialyse, de chimiothérapie (29 %) et de radiothérapie (18 %).

S'agissant des dépenses de soins de ville, qui représentent 35 % de la dépense totale, elles sont constituées essentiellement des frais liés aux médicaments (45 %) et des honoraires des médecins, dentistes et auxiliaires médicaux.

Les bénéficiaires de l'AME bénéficient d'une prise en charge à 100 % des frais de santé remboursables par l'assurance maladie, en tiers payant. Les médicaments princeps et les médicaments à 15 %, ainsi que les actes, médicaments, produits et examens spécifiques à la procréation médicalement assistée (PMA) et les cures thermales en sont exclus.

L'AME ne couvre pas les dépenses allant au-delà du tarif de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires, les lunettes et audioprothèses ainsi que sur les consultations de spécialistes.

Malheureusement il n'existe aucun outil statistique permettant de connaître la répartition par nationalité, par âge et par maladie des bénéficiaires de l'AME.

Cet interdit dogmatique nous empêche de suivre au mieux les populations d'un point de vue migratoire et épidémiologique. Cette opacité doit cesser.

Un tel outil n'aurait pas pour but de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées mais d'offrir des éléments statistiques pertinents.

### **L'admission au séjour pour raisons de santé**

Comme le relève le rapport du service médical de l'OFII sur la procédure d'admission au séjour pour soins en 2017, « *la France a, en Europe, la législation la plus favorable aux personnes étrangères gravement malades ne pouvant accéder à des soins appropriés dans leur pays d'origine* »<sup>(3)</sup>. Cette description sans équivoque ne peut que renforcer « l'attractivité » de la France pour les candidats à l'immigration.

L'admission au séjour pour soins est le prolongement d'une protection contre l'éloignement consacrée pour la première fois par le législateur en 1997 par la loi du 24 avril 1997<sup>(4)</sup> portant diverses dispositions relatives à l'immigration.

Afin de sécuriser le droit au séjour de ces personnes à l'encontre desquelles une mesure d'éloignement forcé ne pouvait être prise, le législateur a, par la loi du 11 mai 1998<sup>(5)</sup>, créé un régime d'admission au séjour de plein droit.

Ce régime prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et sous réserve qu'il ne puisse

---

(3) Page 82.

(4) Loi n° 97-396.

(5) Loi n° 98-349.

effectivement bénéficiaire d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire <sup>(6)</sup>.

En 2017, la majorité des demandeurs étaient des hommes (55 %), une proportion comparable à celle des années précédentes. Les mineurs représentent pour leur part 6 % de l'ensemble des demandeurs. Deux demandeurs sur trois sont issus du continent africain (66,9 %). Les bénéficiaires sont principalement les Algériens (11,5 %), les Congolais de la République démocratique du Congo (7,7 %), les Comoriens (5,5 %), les Camerounais (5,3 %) et les Ivoiriens (4,6 %). Si en moyenne, les demandeurs sont présents depuis 4,8 ans, 23,2 % seraient entrés en France moins d'un an avant leur passage en préfecture.

**En tant que résident régulier en France, un demandeur d'asile a accès aux prestations de l'assurance maladie, notamment dans le cadre de la Protection universelle maladie (PUMA)**

Pendant l'instruction de son dossier et jusqu'à qu'une réponse définitive y soit apportée <sup>(7)</sup>, un demandeur d'asile dispose d'un droit au maintien sur le territoire français <sup>(8)</sup>. Il est donc considéré comme séjournant de manière régulière en France.

À ce titre, il a accès au système français d'assurance maladie. L'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que *« Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre. »*. L'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale admet l'attestation de demande d'asile comme preuve du séjour régulier pour l'octroi des prestations de sécurité sociale.

Par dérogation au droit commun, les demandeurs d'asile peuvent bénéficier de la PUMA dès le dépôt de la demande d'asile, alors que les

---

(6) Il est encadré par le 11° de l'article L. 313-11-11 et le 10° de l'article L. 511-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

(7) L'article L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile précise quel est ce terme : *« jusqu'à la notification de la décision de l'office [français de protection des réfugiés et apatrides], ou, si un recours a été formé, dans le délai prévu à l'article L. 731-2 contre une décision de rejet de l'office soit jusqu'à la date de la lecture en audience publique de la décision de la Cour nationale du droit d'asile, soit, s'il est statué par ordonnance, jusqu'à la date de la notification de celle-ci. »*

(8) Dans les conditions prévues aux articles L. 743-1 et L. 743-2 du CESEDA.

autres assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle ne peuvent en bénéficier qu'au terme d'un délai de trois mois suivant leur arrivée en France.

Une fois obtenue, la PUMA ouvre droit, pour le demandeur d'asile, comme pour ses ayants-droits, à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale<sup>(9)</sup>. Cette prise en charge est accordée pour un an renouvelable, même pour les étrangers possédant un document de séjour dont la durée de validité est inférieure à un an<sup>(10)</sup>.

Le demandeur d'asile peut également bénéficier, sous conditions de ressources, de la complémentaire santé solidaire (CSS) qui remplace désormais la couverture maladie complémentaire (CMU-C).

**S'il obtient le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire**, le demandeur pourra être immatriculé définitivement à la sécurité sociale en continuant à bénéficier de la PUMA et de la CSS.

**Si sa demande est rejetée**, le droit à la prise en charge des frais de santé reste ouvert pendant 12 mois<sup>(11)</sup>. Le droit à la CSS reste ouvert jusqu'au renouvellement de celle-ci

Un amendement gouvernemental adopté dans le cadre du projet de loi de finances pour 2020 entreprend de restreindre l'accès à l'assurance maladie des demandeurs d'asile pendant les trois premiers mois de leur séjour en France

Adopté le 6 novembre 2019 par l'Assemblée nationale dans le cadre de la première lecture du projet de loi de finances pour 2020, cet amendement du Gouvernement<sup>(12)</sup> vise à aligner sur le droit commun, le droit à l'assurance maladie des demandeurs d'asile, en subordonnant l'ouverture de ce droit à un délai de trois mois de résidence stable en France.

Il prévoit que durant les trois premiers mois de séjour en France, un demandeur d'asile pourra, le cas échéant, être pris en charge pour des « soins urgents ».

---

(9) Frais de médecine, frais de transport, aide sociale, hospitalisation, actes et traitements à visée préventive.

(10) Article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

(11) Article R. 111-4 du code de la sécurité sociale.

(12) Amendement n° II-2156 du Gouvernement.

## **Nous devons aujourd'hui restreindre l'accès aux prestations de l'assurance maladie des demandeurs d'asile**

Aussi il est proposé de prévoir un nouveau mécanisme en prévoyant que l'accès aux soins d'un demandeur d'asile puisse bénéficier, le temps de l'instruction, sans délai de carence, de soins urgents tels que prévus par le code de l'action sociale et des familles <sup>(13)</sup> (**article 1<sup>er</sup>**). S'ils obtiennent par la suite le statut de réfugié, ils accèderont alors au droit commun qui leur est accordé.

À cette fin, les organismes chargés d'instruire les demandes d'accès à l'AME seraient obligés de vérifier que le demandeur de cette prestation, son conjoint, ou ses enfants, ne sont pas par ailleurs demandeurs d'asile (**article 2**).

Oui nous devons mettre fin au détournement du droit d'asile. Tel est l'objectif de cette proposition de loi.

---

(13) Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles : *« les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie ».*

## PROPOSITION DE LOI

### **Article 1<sup>er</sup>**

- ① Le premier alinéa de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « Par exception et dans les conditions définies par décret en Conseil d'État, les demandeurs d'asile disposant du droit de se maintenir sur le territoire français dans les conditions prévues aux articles L. 743-1 et L. 743-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ne bénéficient que de la prise en charge des soins urgents dans les conditions prévues à l'article L. 254-1. »

### **Article 2**

- ① L'article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles et complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les organismes ou services instruisant la demande d'aide médicale de l'État vérifient qu'aucune demande d'asile n'a été enregistrée par l'autorité administrative compétente au nom du demandeur ou des personnes mentionnées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article 161-1 du code de la sécurité sociale. »

### **Article 3**

Les charges résultant de la présente loi pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la majoration des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.



