

ASSEMBLÉE NATIONALE

5 juin 2025

POUR LA REFONDATION DE MAYOTTE - (N° 1470)

AMENDEMENT

N° CL227

présenté par

Mme Voynet, M. Amirshahi, Mme Balage El Mariky, M. Duplessy, M. Gustave, M. Iordanoff et
Mme Regol

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 15, insérer l'article suivant:**

Sous réserve de son traitement par les services de l'Assemblée nationale et de sa recevabilité
--

I. – L'article L. 542-5 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

II. – L'article L. 6416-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles, relatives à l'aide médicale de l'État, sont applicables à Mayotte. » ;

2° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « sauf si celles-ci bénéficient des dispositions du titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles relatives à l'aide médicale de l'État » ;

3° À la dernière phrase du dernier alinéa, après le mot : « ci-dessus », sont insérés les mots : « , ainsi que les bénéficiaires des dispositions du titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles relatives à l'aide médicale de l'État, ».

III - Ces dispositions sont appliquées au plus tard le 1er janvier 2036.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'Aide médicale d'État (AME) est à la fois une prestation sociale et un outil fondamental de santé publique. Elle garantit l'accès aux soins vitaux des personnes en situation irrégulière, et protège, ce faisant, l'ensemble des habitant-e-s d'un territoire contre les risques sanitaires. En exclure Mayotte

revient à maintenir une inégalité territoriale flagrante, en contradiction directe avec les objectifs affichés par l'article 15 du projet de loi, qui vise une convergence des droits sociaux entre les territoires d'outre-mer et l'Hexagone.

Cette exclusion ne se justifie ni d'un point de vue épidémiologique, ni au regard des travaux de la recherche, française comme internationale. De nombreuses études ont démontré que les déterminants des migrations relèvent essentiellement des conflits, des logiques économiques, des liens familiaux ou encore des héritages coloniaux — et non du niveau de protection sociale. Agiter l'AME comme un prétendu « facteur d'attractivité » relève donc d'un fantasme démenti par l'état des connaissances. Refuser l'AME à Mayotte affaiblit la cohérence de notre droit en rompant avec son principe d'universalité, tout en portant atteinte à la solidarité nationale.

Sur le plan opérationnel, cette exclusion a des effets contre-productifs : le Centre hospitalier de Mayotte (CHM), seul établissement de l'île, est aujourd'hui saturé. Faute d'un accès à l'AME, les personnes en situation irrégulière s'y tournent pour tout type de prise en charge, y compris les plus élémentaires. Ce recours massif aux urgences alourdit les charges de l'hôpital, retarde les soins et dégrade les conditions de prise en charge pour l'ensemble de la population.

Étendre l'AME à Mayotte répond à une exigence de santé publique, de solidarité, d'égalité des droits, mais aussi d'efficacité sanitaire. Les pathologies infectieuses ne s'arrêtent pas aux statuts administratifs. Ce constat plaide en faveur d'une convergence pleine et entière avec le droit commun en vigueur dans l'Hexagone.

L'alinéa 22 du rapport annexé prévoit déjà une convergence économique et sociale d'ici 2031, notamment en matière de SMIC et de prestations sociales. Cet objectif de 2031 suit le précédent objectif gouvernemental de 2036. Nous proposons donc un rétablissement à horizon 2036.