

Les dix ans de la CMU

Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants

Didier Maille et Adeline Toullier



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/hommesmigrations/435>

DOI : [10.4000/hommesmigrations.435](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.435)

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 24-33

ISSN : 1142-852X

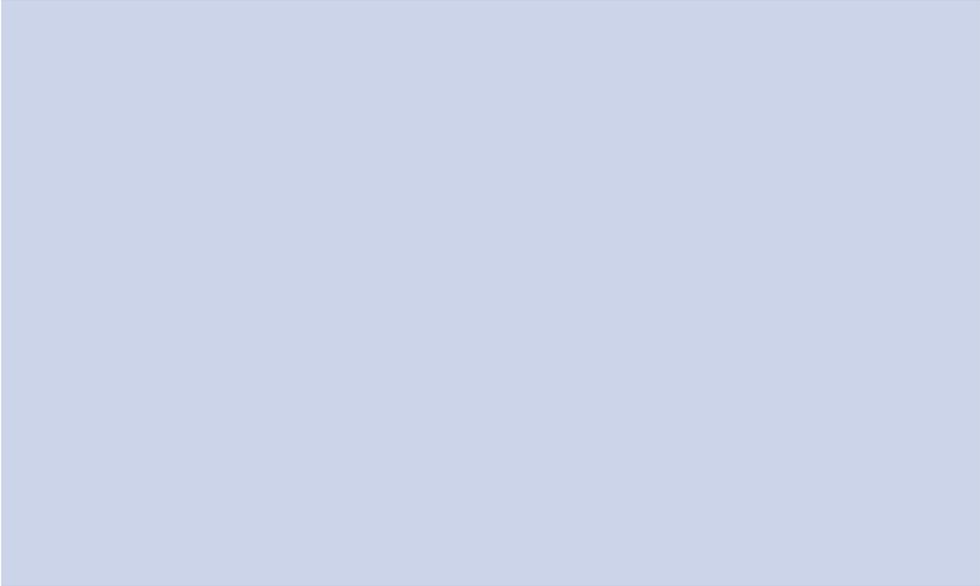
Référence électronique

Didier Maille et Adeline Toullier, « Les dix ans de la CMU », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/435> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.435>

Les dix ans de la CMU

Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants

Par Didier Maille,
responsable du service social et juridique du Comede
et Adeline Toullier,
responsable soutien juridique et social de Aides national



Paris, 2009, Kader Benamer © Dominique Langoutte-photographies

La pauvreté reste pour toutes les personnes précaires, françaises ou étrangères, l'obstacle numéro un à l'accès aux soins. La réforme de la Couverture maladie universelle (CMU) en juillet 1999 a permis de faire évoluer les modalités d'ouverture de droits pour ces populations. Après dix ans d'application, il est temps de faire le bilan de cette réforme en matière d'accès aux soins des migrants. Si l'opération apparaît globalement profitable aux populations étrangères en séjour administratif régulier et stabilisé, elle a aggravé l'exclusion des étrangers sous titres de séjour précaires et des sans-papiers.

La réforme de la Couverture maladie universelle de 1999⁽¹⁾ a concerné avant tout l'architecture du système de socialisation des dépenses de santé. Elle a marqué une étape supplémentaire vers la généralisation de l'assurance-maladie en incluant les populations de "non-travailleurs". Elle repose sur le principe de la fusion du double système de couverture qui prévalait jusqu'alors : d'un côté, assurance-maladie pour le travailleur cotisant⁽²⁾ et sa famille ; de l'autre, assistance aux "soins par soins" pour l'inactif pauvre.

Ce faisant, la réforme de 1999 ne crée pas de protection nouvelle⁽³⁾. Elle fusionne deux systèmes coexistant au bénéfice d'une simplification aussi attendue qu'utile. Elle ne couvre pas des populations nouvelles⁽⁴⁾ jusqu'alors exclues de toute protection. Elle vise à transférer les bénéficiaires de l'Aide médicale vers l'assurance-maladie en y ajoutant une porte d'entrée pour les inactifs (avec ou sans ressource⁽⁵⁾) à côté de celle déjà existante pour les actifs (et assimilés).

Réforme organisationnelle plutôt que réforme du "droit aux soins", la CMU est néanmoins une étape fondamentale dans l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins. D'une part, l'inclusion des personnes démunies dans le système de droit commun est politiquement une avancée considérable : c'est un coup de frein décisif contre la couverture santé à deux vitesses. D'autre part, la prédominance de ses apports "techniques" ne doit pas conduire à minimiser les bienfaits de la loi, au contraire. Pour les acteurs de terrain, c'est précisément dans les modalités d'ouverture de droits et de paiement des professionnels de santé, dans les aspects concrets des procédures, que peut se situer l'exclusion des soins.

La réforme CMU a incontestablement atteint son but⁽⁶⁾ et facilité l'accès aux soins des personnes précaires. En plus de l'égalité devant la couverture de base, quatre qualités essentielles doivent être mises en évidence : la disparition du système obsolète d'Aide médicale jusqu'alors réservé aux inactifs pauvres⁽⁷⁾ ; la simplification et l'universalisation du système d'assurance-maladie (avec un gestionnaire unique, l'assurance-maladie, et la fin de la stigmatisation des inactifs) ; un mécanisme de présomption de droit du fait de la simple présence en France ; l'accès à la carte Vitale pour tous, portant diminution des refus de soins.

Mais ces vertus n'ont qu'incomplètement profité aux étrangers ; elles n'ont même pas du tout profité aux étrangers en situation administrative précaire⁽⁸⁾. D'abord, parce que la réforme de la Couverture maladie universelle n'est pas allée au bout de sa logique d'universalité : vice initial de la réforme, certains étrangers sont purement et simplement exclus de l'assurance-maladie. Ensuite, parce qu'en excluant une catégorie de personnes de l'assurance-maladie, les contrôles et filtres touchent l'ensemble des entrants dans le système, en particulier les étrangers précaires.

La ghettoïisation sanitaire des sans-papiers

Au moment de l'entrée en vigueur de la réforme CMU, fin 1999, il est demandé à l'assurance-maladie d'accueillir dans ses fichiers quatre millions d'inactifs bénéficiaires de feu l'Aide médicale. Cependant, la loi n'autorise pas le transfert des droits de 100 000⁽⁹⁾ personnes qui restent isolées dans un dispositif d'aide médicale marginalisé et vidé de l'essentiel de ses anciens bénéficiaires : les étrangers pauvres et dépourvus de titre de séjour. Avec la loi CMU, le système de protection sociale français se retrouve pour la première fois⁽¹⁰⁾ avec un dispositif spécial pour étrangers en séjour irrégulier. L'Aide médicale, prévue pour disparaître, survit sous la forme de l'Aide médicale d'État (AME)⁽¹¹⁾ et devient la "couverture maladie des sans-papiers". Elle est ainsi appelée à jouer un rôle de premier plan aussi prévisible⁽¹²⁾ que délétère sur la scène de l'accès aux soins.

Contrairement à ce que laissent croire les présentations classiques⁽¹³⁾, l'AME réformée n'est ni une nouveauté ni un progrès. C'est même une régression majeure qui hypothèque l'accès aux droits non seulement des sans-papiers, mais aussi de tous les étrangers, particulièrement ceux en séjour administratif précaire et ceux nouvellement arrivés en France.

Le maintien d'un double système de couverture, totalement déséquilibré en termes d'effectifs (63 millions d'assurés et leur famille, tous régimes confondus, contre 200 000 bénéficiaires de l'AME), s'analyse, après dix ans de fonctionnement, comme une plaie qui paralyse le système d'accès aux soins des étrangers résidents. Un rapide retour en arrière permet de comprendre comment les logiques de contrôle de l'immigration ont implacablement poussé le droit social⁽¹⁴⁾ vers l'absurdité d'isoler les sans-papiers dans une couverture maladie spécifique. Jusqu'en 1993, l'accès à l'assurance-maladie (actifs et leur famille) et à l'Aide médicale (inactifs pauvres et leur famille) n'était soumis ni à une condition de nationalité ni à un contrôle du titre de séjour⁽¹⁵⁾. La loi du 24 août 1993 relative à l'immigration⁽¹⁶⁾, dite "loi Pasqua", a marqué un retournement complet en excluant les sans-papiers de la quasi-totalité de la protection sociale⁽¹⁷⁾. Quasi-totalité et non pas totalité, pour des raisons de santé publique et de sécurité sanitaire : les étrangers pauvres sans titre de séjour avaient été autorisés par la loi Pasqua à rester dans le système d'Aide médicale⁽¹⁸⁾.

C'est ainsi que la loi Pasqua a préparé les incohérences de la loi CMU. Car lorsque cette dernière a transféré, avec raison, les bénéficiaires de l'Aide médicale vers l'assurance-maladie, elle s'est heurtée à la contrainte juridique et politique posée par la loi de 1993 : "*Pas de sans-papiers au sein des systèmes de sécurité sociale.*" En refusant

de revenir sur ce principe, en laissant seulement les sans-papiers hors du système d'assurance-maladie, la loi CMU a exacerbé leur exclusion et hyperfocalisé l'accès aux soins sur l'obligation d'être en situation régulière.

L'obsession de la régularité du séjour des étrangers

Cette obsession se retrouve aux plans politique, juridique et pratique : elle est le fruit de la combinaison de la loi Pasqua et de la loi CMU. Conséquence de la loi Pasqua de 1993, parce que cette dernière a ajouté au simple contrôle de la présence en France (logique de territorialité des prestations) une obligation de titre de séjour (logique de régularité de la résidence). Alors que les caisses d'assurance-maladie ne distinguaient pas entre Français et étrangers (pas de différence de conditions d'accès ni de prestations servies), il a fallu instaurer un contrôle systématique des titres de séjour, et partant de la nationalité (qui ne figure pas dans le numéro de sécurité sociale). La loi Pasqua a ainsi entraîné les acteurs institutionnels de la protection sociale, et donc l'ensemble de la chaîne médico-sociale, dans une logique de police de l'immigration.

À cette évolution se sont surajoutés les effets de la loi CMU de 1999 qui a hypertrophié le concept de résidence régulière. L'instauration d'une couverture maladie

“réservée” aux étrangers en séjour irrégulier a fait de la frontière entre régularité et irrégularité du séjour une ligne de démarcation hautement sensible et sous très forte surveillance. Les agents de la Sécurité sociale se sont transformés en véritable gardes-frontière chargés du contrôle des titres de séjour afin de trier entre ceux autorisés à entrer dans l'universel de la Sécurité sociale, ceux relégués au “purgatoire de l'AME” et enfin les exclus de toute protection (sans-papiers travailleurs, sans accès à l'assurance-maladie pour défaut de titre de séjour et sans repêchage par l'Aide médicale du fait du dépassement du seuil de ressources de l'AME).

Or cette frontière est, en droit, une ligne Maginot de la protection sociale et, en pratique, une fiction inapplicable, sauf à simplifier exagérément les consignes données aux agents des guichets. Elle est en effet tout simplement impossible à définir clairement.

Avec la loi CMU, le système de protection sociale français se retrouve pour la première fois avec un dispositif spécial pour étrangers en séjour irrégulier.

Régulier-irrégulier : une frontière impossible à délimiter

Trois facteurs président à cette impossible stabilisation de la frontière entre séjour régulier et irrégulier.

D'abord, la complexité et la variabilité du droit de l'immigration (réformes successives incessantes⁽¹⁹⁾, multiplication des catégories de titres de séjour et "infra-titres-de-séjour"⁽²⁰⁾), auxquelles s'ajoutent les pratiques préfectorales génératrices de situations hors normes (augmentation déraisonnable des délais de traitement des demandes, renouvellement de titres de séjour sans récépissé de renouvellement, augmentation des refus de statuer, délivrance de convocations et "rendez-vous" sans base réglementaire, absence de réponse...)⁽²¹⁾.

Ensuite, les conséquences de l'instabilité du droit et des pratiques sur la situation administrative des intéressés. On constate des changements contraints et fréquents de statuts (passage de régularité à irrégularité puis retour à la régularité...) pour une partie significative de la population migrante en statut administratif précaire⁽²²⁾.

Enfin, la complexité du droit de l'assurance-maladie. Le code de la Sécurité sociale contient ainsi quatre définitions différentes de la régularité du séjour selon qu'il s'agit d'un ressortissant communautaire ou extra-communautaire, selon l'affiliation comme travailleur, comme ayant droit ou comme inactif. Les définitions concernant l'affilia-

tion sur critères socioprofessionnels et comme ayant droit renvoient à d'anciennes listes de titres de séjour⁽²³⁾ avec, respectivement, quatorze et dix items différents (dont certains titres de séjour ont même disparu de la réglementation de police des étrangers depuis plusieurs années). La réglementation sur la CMU de base renvoie, elle, à une définition précieuse car pragmatique – avoir déposé *a minima* une demande de titre de séjour⁽²⁴⁾ –, mais difficile à appliquer face à la multiplication des documents émis par les autorités préfectorales. Il faut ajouter les cas de dispense de l'obligation de régularité du séjour (ayants droit mineurs, détenus, accidentés du travail).

La question du maintien des droits pour les assurés qui viennent à cesser de remplir les conditions d'affiliation illustre concrètement l'impossibilité de déterminer un critère simple de régularité du séjour : en effet, en cas de non-renouvellement d'un titre de séjour, l'étranger bénéficie logiquement d'un maintien de ses droits (acquis notamment du fait du paiement de cotisations). Ce maintien des droits a été consacré par le Conseil constitutionnel lui-même⁽²⁵⁾ et génère une situation où des étrangers (bien que non affiliables pour défaut de titre de séjour) sont affiliés pour un reliquat de droit d'un an. Le système bascule alors dans une incroyable complexité, car, en dépit de ces bases juridiques, une circulaire ministérielle⁽²⁶⁾ invite à ne pas faire bénéficier du maintien des droits une partie des assurés étrangers (ceux affiliés au titre de la CMU de base), ce qui démultiplie les dénis de droit et la complexité du dispositif.

Des conséquences délétères pour tous les migrants

Mais ce n'est pas fini... Car en plus du contrôle de la régularité du séjour, les caisses doivent contrôler l'ancienneté de la présence en France, la résidence habituelle et la domiciliation. Le tableau résumant les sources juridiques applicables en croisant ces paramètres selon le statut des personnes (bénéficiaire, ayant droit majeur, ayant droit mineur, maintien des droits) pour les seuls non-Européens contient quarante-quatre configurations possibles.

Au final, la réforme CMU a induit une complexité du droit génératrice de dysfonctionnements chroniques pour l'ensemble des étrangers en séjour administratif précaire. L'appréciation se faisant plutôt de manière restrictive, le doute ne profite pas aux étrangers et nombreux sont ceux qui, bien que relevant de droit de l'assurance-maladie, se voient relégués à l'AME (ou dans un vide juridique s'ils ont des ressources⁽²⁷⁾). Et basculer dans l'AME est loin d'être neutre : la couverture et les modalités de gestion de l'AME ne valent pas celles de l'assurance-maladie. L'Aide médicale est une prestation au rabais qui souffre d'insuffisances graves.

De la complexité du droit au déni de droit

L'extrême complexité du droit exposée précédemment est difficile à intégrer pour les caisses. Cela se traduit au niveau du dépôt des demandes, de leur instruction et au niveau des services juridiques par une application parfois approximative de la réglementation, au prétexte de la simplifier. Dans un contexte de suspicion généralisée à l'endroit de la protection sociale (priorité à la lutte contre la fraude), de suspicion à l'endroit de l'"immigré subi", de manque de moyens, cette "simplification" devient une rationalisation par le déni de droit.

En premier lieu, la pratique se fonde sur un tri sélectif vers le dispositif le moins protecteur : les caisses refusent l'accès à l'assurance-maladie à des étrangers en règle malgré les consignes contraires du ministère ou refusent l'accès à l'Aide médicale. Cet empressement à déclasser arbitrairement les étrangers vers moins de protection relève de pratiques de terrain avérées⁽²⁸⁾, mais parfois de consignes écrites érigées en système.

Ainsi, la CPAM de Seine-Saint-Denis a privé pendant six mois les ressortissants roumains et les Bulgares de tout accès aux soins faute de savoir s'ils relevaient de l'assurance-maladie ou de l'Aide médicale⁽²⁹⁾. La CPAM de Paris a interdit par voie de circulaire⁽³⁰⁾ l'accès à l'AME aux étrangers en maintien de droit, puis invité ses agents à dissimuler le droit à l'Aide médicale pour certains communautaires⁽³¹⁾.

L'obsession de certaines Caisses à traquer l'irrégularité du séjour a irradié l'ensemble de la pratique jusqu'à l'absurde. Par exemple, la CPAM du Val-de-Marne a refusé illégalement toute couverture à des sans-papiers démunis au motif que l'assurance-maladie est inaccessible faute de titre de séjour, mais aussi que l'AME ne pouvait pas être accordée non plus, la personne étant potentiellement régularisable. À ce jour, de nombreuses caisses refusent l'AME aux personnes qui ne produisent pas une preuve officielle qu'elles sont en séjour irrégulier (et l'on sait combien les preuves négatives sont aisées à apporter...). Dix ans après la loi CMU, certaines caisses⁽³²⁾ continuent de refuser l'entrée de l'assurance-maladie à des étrangers en règle au motif que le titre de séjour, trop précaire, ne vaudrait pas régularité du séjour.

Enfin, l'Aide médicale d'État, en faisant du contrôle de la résidence des étrangers le point de fixation de toute ouverture de droits, conduit les caisses à considérer l'étranger comme un perpétuel "entrant" dans le système. Bien que résidant en France depuis des années, il est exigé du demandeur qui renouvelle sa couverture de justifier qu'il n'a pas quitté le territoire français, faute de quoi il se voit opposer l'obligation d'attendre trois mois d'ancienneté de présence en France⁽³³⁾.

L'Aide médicale, prestation au rabais

Pour les étrangers démunis en séjour irrégulier, l'Aide médicale d'État permet certes aujourd'hui d'assurer un accès effectif aux soins, notamment à l'hôpital. Pourtant, ce système souffre d'inconvénients majeurs dans son fonctionnement et sa conception. On peut d'abord lister les différences de "panier de soins" avec la complémentaire CMU, les deux dispositifs étant parfaitement jumeaux dans leurs objectifs. L'AME ne permet pas de financer les prothèses dentaires ni les lunettes. Les enfants en sont particulièrement pénalisés. Ils sont aussi exclus des établissements d'éducation adaptée en cas de handicap et privés d'assurance en cas de voyage scolaire à l'étranger. Cette restriction de prise en charge est d'autant plus regrettable qu'elle contredit totalement la Convention internationale des droits de l'enfant de l'ONU imposant une égalité parfaite entre tous les enfants, nationaux et étrangers, la situation administrative de leurs parents important peu. Les bénéficiaires de l'AME sont écartés des protocoles de recherches médicales par le code de la santé publique. Enfin, les bénéficiaires de l'AME ne sont pas assurés sociaux et sont donc privés des avantages afférents à ce statut. Ils sont ainsi exclus du Fonds d'action sanitaire et sociale des caisses (qui peut intervenir par exemple pour financer des prothèses dentaires ou optiques). Mais c'est l'exclusion de la carte Vitale qui pose un problème aigu. En effet, le système de paiement en ville étant centré sur la télétransmission via la carte Vitale, les "hors Vitale"⁽³⁴⁾ sont exposés à des refus de soins massifs en médecine de ville et surtout en pharmacie d'officine⁽³⁵⁾.

Moins d'exclus mais plus exclus

En dix ans de pratique, la réforme CMU a concentré les problèmes d'accès aux soins sur les étrangers en séjour administratif précaire. L'Aide médicale apparaît comme un véritable cheval de Troie qui entretient la suspicion au cœur des pratiques des caisses et sert de prétexte à un glissement des acteurs du médico-social vers le contrôle de l'immigration. Les résultats de ce glissement sont alarmants : report de consultations, aggravation de pathologie du fait d'un accès différé aux soins, hypercomplexification du passage d'un système à l'autre entraînant rupture de droit, stigmatisation des sans-papiers, non-recours, menace de suppression de l'AME chaque année au Parlement sans système de remplacement, judiciarisation de l'accès aux droits entraînant l'exclusion des personnes les plus éloignées des réseaux de soutien... Il faut aussi souligner l'anéantissement des mécanismes de présomption de droit et la restriction du principe déclaratif qui aménageaient

opportunément, pour les personnes en situation précaire, des mécanismes allégés de justificatifs. Les caisses de Guadeloupe et de Saint-Martin se sont illustrées en ce sens au printemps 2009 en refusant d'ouvrir ou renouveler les droits à l'AME, à la CMU de base et complémentaire pendant plus de six mois.

Ce glissement sécuritaire se transforme en dérive quand il conduit à deux occasions, début 2009, des agents de la Sécurité sociale à dénoncer des demandeurs d'AME à la préfecture ou à la police⁽³⁶⁾.

La confusion est à son paroxysme quand les préfectures en viennent à s'intéresser à la réglementation sur la couverture maladie des étrangers. Dans une note confidentielle d'avril 2009⁽³⁷⁾, la préfecture de police de Paris démontre incompetence et parti pris d'opposition avec les objectifs de la réforme CMU. En méconnaissance de la décision précitée du Conseil constitutionnel en 1993, elle s'étonne à tort qu'un grand nombre de cartes Vitales restent en circulation lorsque les étrangers perdent leur droit au séjour... et de déduire que *“la Sécurité sociale ne contrôle pas suffisamment les titres de séjour”*.

Une telle intrusion du contrôle policier dans les questions de couverture maladie, de même que la mise à contribution des organismes sociaux dans la lutte contre l'immigration irrégulière, met à mal la cohésion sociale et la santé publique dans notre pays. Il est temps de revenir à une solidarité basée sur une résidence en France de type territoriale, conforme au droit international (absence de condition de résidence régulière pour l'accès à la protection sociale dans de nombreux textes internationaux ratifiés par la France⁽³⁸⁾), conforme aux impératifs de protection de la santé publique (lutter contre le non-recours) et aux conceptions universalistes de la santé (primauté du soins sur le statut administratif). Concrètement, la rationalisation du système de protection sociale doit conduire à sortir le contrôle des prestations sociales du contrôle des titres de séjour pour en revenir au contrôle de la présence en France et du niveau de ressource. Les débats autour du “bouclier sanitaire” et de la loi de santé publique doivent tirer les leçons des effets délétères du faux universalisme pour faire de la CMU une couverture véritablement universelle. ■

Notes

1. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.
2. Ou assimilé : par exemple, bénéficiaire de pension de retraite, d'invalidité, de chômage, de l'allocation pour adulte handicapé...
3. En matière de prothèses, notamment dentaires et optiques, la réforme a cependant considérablement amélioré la situation en augmentant efficacement les montants de prises en charge par rapport à ceux de l'Aide médicale.
4. Il importe d'être très clair sur ce point. Les étrangers “sans-papiers” étaient déjà couverts avant 1999 par le dispositif d'Aide médicale. En revanche, l'augmentation sensible des plafonds de ressources a permis de prendre en charge un plus grand nombre de personnes démunies.
5. Au-dessus d'un certain plafond de ressource, une cotisation est due ; en dessous, le bénéfice de l'assurance-maladie est gratuit.

6. Voir par exemple le rapport de la Cour des comptes : loi de financement de la sécurité sociale ; gestion de la couverture maladie universelle complémentaire ; septembre 2006
7. Pour une critique de l'ancien système d'Aide médicale : voir le rapport du député Jean-Claude Boulard, rapporteur pour la loi CMU : "Pour une couverture maladie universelle base et complémentaire", 5 août 1998.
8. Voir les définitions dans le *Guide du Comede 2008*, "Migrants/étrangers en situation précaires".
9. Les effectifs de l'Aide médicale d'État ont fluctué entre 73 000 et 189 000 bénéficiaires entre fin 2000 et fin 2008.
10. L'Aide médicale limitée aux soins hospitaliers était déjà une prestation au rabais réservée aux seuls étrangers en séjour irrégulier, mais n'apparaissait pas dans son fonctionnement comme un dispositif radicalement hors du droit commun.
11. Article 32 de la loi CMU modifiant les articles 187-1 et suivants du code de la famille et de l'aide sociale (devenus L251-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles).
12. Les associations avaient d'ailleurs prévu cette instrumentalisation dès l'été 1998 : voir par exemple les actions du "Collectif pour une CMU véritablement universelle" dès la parution du rapport Boulard, et dénonçant la mise à l'écart des étrangers pauvres démunis de titre de séjour.
13. Par exemple, 3^e rapport au Parlement réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, point 1.2.1.2, *La loi 27 juillet 1999 et ses trois composantes*.
14. Pour un historique complet, on peut se reporter à Didier Maille, "La réforme de l'Aide médicale d'État : aggravation des inégalités financières face aux soins", in *Maux d'exil*, n° 9, mai 2004, et Didier Maille, Adeline Toullier, Pierre Volovitch, "L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de sens faute d'être véritablement universel", in *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, 2005. Pour une analyse juridique : Adeline Toullier, "Aide médicale d'État : les droits sociaux fondamentaux bafoués", in *Droit social*, n° 11, 2005.
15. À noter l'exception concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) que la loi de 1975 interdisait pour les femmes étrangères sans titre de séjour (et en interdisait le paiement au titre de l'Aide médicale ou de l'assurance-maladie). Cette interdiction d'avorter a été supprimée en 2000. Le mouvement d'exclusion des sans-papiers de la protection sociale était toutefois largement amorcé depuis le début des années quatre-vingt dans les pratiques des caisses, et pour d'autres risques sociaux que la maladie comme les prestations familiales (1986) ou le RMI (1988).
16. Loi n°93-1027 du 24 août 1993.
17. Cette exclusion par le législateur des étrangers en séjour irrégulier hors des systèmes de protection sociale a été validée par le Conseil constitutionnel (décision n° 93-325 DC du 13 août 1993), avec la seule réserve que les droits acquis devaient bénéficier du système de "maintien des droits".
18. Mais avec exclusion des soins de ville pendant les trois premières années de présence en France du bénéficiaire, l'Aide médicale ne payant que les soins délivrés à l'hôpital.
19. Trois réformes en quatre ans : lois du 26 novembre 2003, 24 juillet 2006 et 20 novembre 2007.
20. Autorisations provisoires de séjour avec ou sans base réglementaire, convocations au guichet de la préfecture.
21. Voir par exemple Alexis Spire, "Accueillir ou reconduire. Enquêtes sur les guichets de l'immigration", *Raisons d'Agir*, 2008.
22. Voir une définition possible des "étrangers en séjour administratif précaire" dans le *Guide Comede*, 2008.
23. Article D115-1 et D161-15 du code de la Sécurité sociale issu du décret n° 998-1172 du 22 décembre 1998.
24. Circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM n°2000-239 du 3 mai 2000.
25. Décision précitée (note n° 17) du Conseil constitutionnel du 13 août 1993.
26. Circulaire ministérielle du 3 mai 2000, précitée.
27. Voir supra.
28. Voir par exemple l'évaluation quantitative faite par le Comede : rapport 2008, "Accès aux soins et protection maladie", p. 25. C'est ainsi que la CPAM du Val-de-Marne renvoie sur l'AME les demandeurs d'asile en début de procédure ; que la CPAM de Paris renvoie les demandeurs d'asile Dublin ; que les CGSS de Guadeloupe et Guyane renvoient ceux qui n'ont pas au moins un titre de séjour d'un an...
29. Note d'information de la CPAM de Seine-Saint-Denis n° 2007 GCI120-131 du 23/02/2007.
30. Circulaire F24 du 27 juillet 2004.
31. Note CPAM de Paris du 28/11/2007.
32. Notamment les caisses du Val-de-Marne, de Guyane, de Guadeloupe...
33. Cette confusion entre "résidence habituelle" et "ancienneté de présence en France" est source de rupture de prise en charge. Elle est parfaitement discriminatoire et n'est d'ailleurs pas opposée aux Français. Les vacances à l'étranger ne se soldent pas par un refus de renouvellement des droits à l'assurance-maladie.
34. Certains assurés sociaux n'accèdent pas à la carte Vitale, mais il s'agit dans ce cas non pas d'une exclusion de droit, mais d'une exclusion de fait (défaut de pièce d'état civil probante).
35. Voir le rapport d'observation sur l'accès aux soins des personnes démunies de Médecins du Monde, 2008.
36. En février 2009, à la CPAM de l'Yonne (centre d'Auxerre) et de l'Essonne (centre d'Arpajon).
37. Cité par *Le Figaro* du 5 mai 2009, "Carte Vitale : la traque aux fraudes est engagée" par Gabizon Cécilia.
38. "La protection sociale des étrangers par les textes internationaux," *Gisti*, Les Cahiers juridiques, 2008.