

URIOPSS

*Ile-de-France*

**Positionnement :**  
**AIDE MEDICALE D'ETAT**  
**Ni suppression**  
**Ni restriction**

**Décembre 2024**

## AVANT-PROPOS

Depuis sa création, en 2000, l'Aide Médicale d'Etat est un dispositif régulièrement remis en cause. Son coût pour la société, son efficacité ou sa pertinence dans une optique de lutte contre « *l'immigration illégale* » sont régulièrement questionnés. Dans son discours de politique générale le 30 janvier 2024, le Premier Ministre Gabriel Attal a ainsi annoncé une réforme de l'AME « *avant l'été 2024* ».

Cette position a été réaffirmé Michel Barnier, nouveau Premier Ministre, en affirmant que la suppression de ce dispositif d'aide n'était pas un tabou. Or, pour des acteurs des secteurs public, associatif et sanitaire, le dispositif de l'AME présente un triple intérêt : éthique, sanitaire et économique.

Avec 55% de bénéficiaires franciliens en 2022, l'Ile-de-France constitue de loin la région la plus concernée. Ainsi, même s'il s'agit d'un dispositif national, l'Uriopss Ile-de-France tient à exprimer son positionnement sur les débats actuellement en cours. Tout en apportant des pistes d'amélioration, notre Union alerte sur les conséquences particulièrement néfastes pour notre région d'une remise en cause globale de la philosophie et du cadre général de l'Aide Médicale d'Etat.

# 1. L'AME, un dispositif en débat

## L'AME, un dispositif de santé publique

### *Un peu d'histoire*



L'AME est entrée en vigueur le 1er janvier 2000 sous l'impulsion de Bernard Kouchner et de Martine Aubry, ministres du gouvernement de Lionel Jospin.

L'ambition initiale était d'unifier l'ensemble des résidents de France dans une protection maladie dite « *universelle et égale pour tous* ».

Cependant, l'exigence d'une régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie a conduit à la création d'un dispositif spécifique pour les personnes sans-papiers : l'AME. La loi 99-641 du 27 juillet 1999 crée donc deux dispositifs :

la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME).

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est un dispositif accordé aux étrangers en situation irrégulière présents en France depuis au moins trois mois et qui perçoivent moins de 810 euros mensuels pour une personne seule et de 1200 euros mensuels pour un couple.

Il peut donner droit à une prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, ce qui ne signifie pas pour autant que les soins sont pris en charges dans leur intégralité : en effet, depuis janvier 2021, le remboursement est restreint sur certains actes médicaux. Par ailleurs, pour les majeurs, un délai de 3 mois de présence irrégulière sur le territoire est nécessaire pour les soins de droit commun et de 9 mois pour certaines opérations (ex : mise en place de prothèses, pose d'implants cochléaires, interventions sur le sein pour des affections non malignes etc.).

Enfin, après étude du dossier demandeur par les services habilités, l'AME est accordée pour une durée de 12 mois. Il est important de noter que l'AME est déployée sur l'ensemble du territoire français, excepté Mayotte.

## L'AME, un dispositif de santé publique

Comme le rappelle l'Inspection Générale des Finances (IGF) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dans leur rapport conjoint publié en octobre 2019, l'AME n'est pas un « *outil de politique migratoire* [1] » **mais elle répond à un triple objectif** :

- **Ethique et Humanitaire** : L'objectif ici est une reconnaissance d'un statut de malade à toute personne, indépendamment de son statut administratif. Les rapporteurs notifient notamment : « *la nécessité, dans un pays riche et développé, d'assurer une couverture santé, même minimale, à toutes les personnes présentes sur le territoire national* [2] ».
- **Politique de santé publique cohérente** : L'enjeu ici est de développer une politique de santé publique efficace et ambitieuse, notamment en matière de lutte contre les maladies contagieuses. En effet, sur ces sujets, refuser à une partie de la population un suivi médical pourrait conduire au développement de maladies contagieuses, « *compromettant ainsi l'efficacité générale de la politique de santé publique* ».
- **Rationalisation de la dépense publique** : L'objectif est d'assurer l'accès aux soins primaires notamment des personnes les plus défavorisées afin d'éviter la détérioration de leur état de santé, qui entraînerait la nécessité de devoir assumer des dépenses publiques plus importantes. Dans leur rapport, l'IGF et l'IGAS font par exemple référence à des études menées sur des problématiques de santé liées au VIH et aux maladies cardio-vasculaires.

Indépendamment de ces objectifs, le **dispositif AME s'inscrit également dans le cadre d'engagements internationaux de la France** :

- La Convention des Nations-Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels qui pose un droit à la sécurité sociale et un droit à la santé.
- La Convention des Nations-Unies relative aux droits de l'enfant, qui prévoit la mise en place d'un système complet de soins de santé primaires.
- La Convention européenne des droits de l'homme, fondée sur ses articles n° 2 (droit à la vie) et n° 3 (interdiction de la torture), qui souligne que les hôpitaux doivent prendre les précautions nécessaires pour protéger la vie des patients (y compris les étrangers en situation irrégulière) et que l'expulsion d'un étranger atteint d'une maladie grave vers un pays où les moyens de traitement sont inférieurs à ceux disponibles doivent être exceptionnels.
- La Charte sociale européenne qui précise que les traitements d'urgence doivent être accessibles aux étrangers en situation irrégulière.

[1] IGF et IGAS, L'Aide Médicale d'Etat : diagnostic et propositions, octobre 2019, P 1.

[2] Ibid, P 4.

## Un dispositif toujours en débat, essentiellement pour des raisons idéologiques

Dès sa présentation au parlement, la proposition de loi entraîne d'importants débats. En effet, une partie de la Droite parlementaire dénonce une mesure économiquement trop coûteuse et une partie de la Gauche regrette une disposition qui stigmatiserait d'avantage les personnes en situation irrégulière[3].

A la suite de la mise en place du dispositif en 2000, les modalités d'application de l'Aide Médicale d'Etat ont ainsi été plusieurs fois modifiées par le législateur :

- La loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003 de finances rectificative pour 2003 : Cette loi a instauré une condition de résidence ininterrompue de trois mois pour accéder à l'AME et créé un nouveau dispositif pour les personnes nécessitant des soins urgents et ne remplissant pas les conditions instaurées.

- Les décrets n° 2005-859 et n° 2005-860 : Ces décrets ont précisé les modalités d'instruction des demandes d'aide médicale de l'État.

- La circulaire DHOS/2008/150 : Cette circulaire a défini plus précisément les modalités de facturation et de paiement des soins urgents.

- La loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 : Cette loi a créé un droit d'entrée de 30 euros pour accéder au dispositif, a réduit le périmètre des ayant droits et des actes médicaux pris en charge au titre de l'AME. Cette dernière mesure a été supprimée par un projet de loi de finances rectificatif le 31 juillet 2012.

- La loi de finance pour 2020 n°2019-1479 du 28 décembre 2019 et décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 : Ces deux textes ont durci les conditions d'accès à l'AME, en particulier avec la mise en place de l'obligation d'être en situation d'irrégularité sur le territoire depuis trois mois.

Le droit d'entrée anime toujours les débats autour de l'AME. Sur l'expérience de 2011, l'IGAS et l'IGF interrogent la pertinence, en terme de dépenses publiques, d'une telle orientation.

En effet, le droit d'entrée de 30 euros à l'AME avait conduit à une très légère baisse des dépenses de droit commun (- 2,5 %) mais avait été compensée par une forte hausse (+ 33,3 %) de la dépense de soins urgents dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière ne pouvant bénéficier de l'AME. « *Les hôpitaux payaient souvent le droit d'entrée à la place de leurs patients pour ouvrir des droits qui leur permettraient de facturer les soins*[2] ».

**Malgré les analyses portées par les administrations de l'Etat, une modification restrictive de l'AME voire sa suppression[3] sont régulièrement évoquées.**

Pour les partisans de ce type de réformes, l'enjeu serait d'une part de réduire les dépenses publiques et, d'autre part, de réduire l'immigration illégale (l'AME étant perçue comme un facteur « d'attractivité »). Dans cette continuité, le Premier Ministre Gabriel Attal a annoncé, dans son discours de politique générale en janvier 2024, une réforme du dispositif d'ici l'été 2024.

---

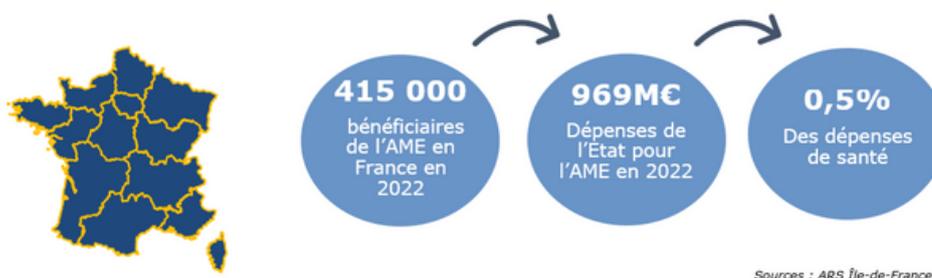
[3] <https://www.cnle.gouv.fr/De-1893-a-1999-De-l-assistance.html>

[4] Ibid, P 24.

[5] [https://www.lemonde.fr/politique/article/2012/07/20/aide-medicale-d-etat-l-abandon-de-la-franchise-denonce-par-l-ump\\_1736389\\_823448.html](https://www.lemonde.fr/politique/article/2012/07/20/aide-medicale-d-etat-l-abandon-de-la-franchise-denonce-par-l-ump_1736389_823448.html) ; [https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/04/01/suppression-de-l-aide-medicale-d-etat-un-probable-impact-sanitaire\\_5104205\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/04/01/suppression-de-l-aide-medicale-d-etat-un-probable-impact-sanitaire_5104205_1651302.html)

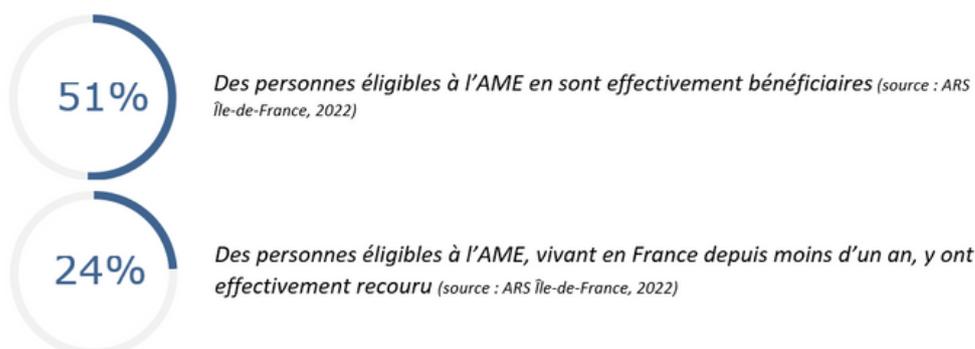
## 2. L'Île-de-France, première région concernée par l'AME

A l'échelle nationale : une AME qui pèse peu dans les dépenses publiques, et un faible taux de recours constaté



L'Aide Médicale d'Etat concernait 415 000 bénéficiaires en France en 2022 pour un coût total de **969 millions d'euros**, soit **0,5% des dépenses de santé, une proportion qui paraît relativement faible.**

L'Aide Médicale d'Etat fait, à l'échelle nationale, **l'objet d'un faible recours** par les personnes qui y sont effectivement éligibles :

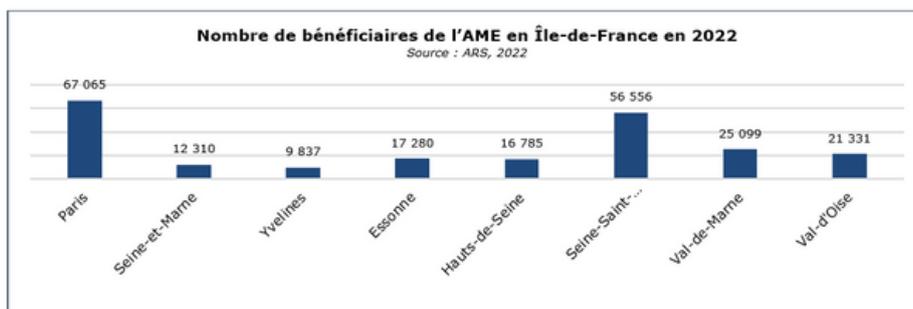


Les ruptures de prise en charge au moment du renouvellement apparaissent nombreuses et délétères.

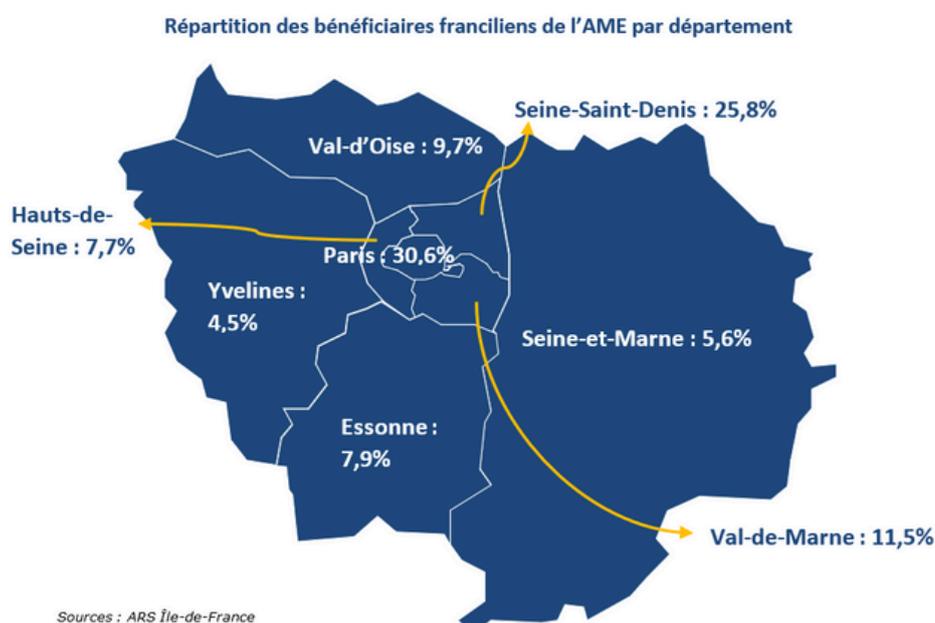
### A l'échelle de l'Île-de-France : une région particulièrement concernée par l'AME



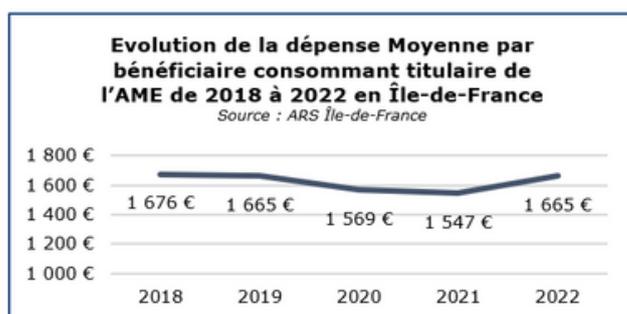
La région Île-de-France est la première concernée par l'AME, avec 218 811 bénéficiaires de l'AME, soit 55% des bénéficiaires à l'échelle nationale.



Avec respectivement 67 065 bénéficiaires et 56 556 bénéficiaires en 2022, Paris et la Seine-Saint-Denis sont les départements qui accueillent le plus de bénéficiaires de l'AME.

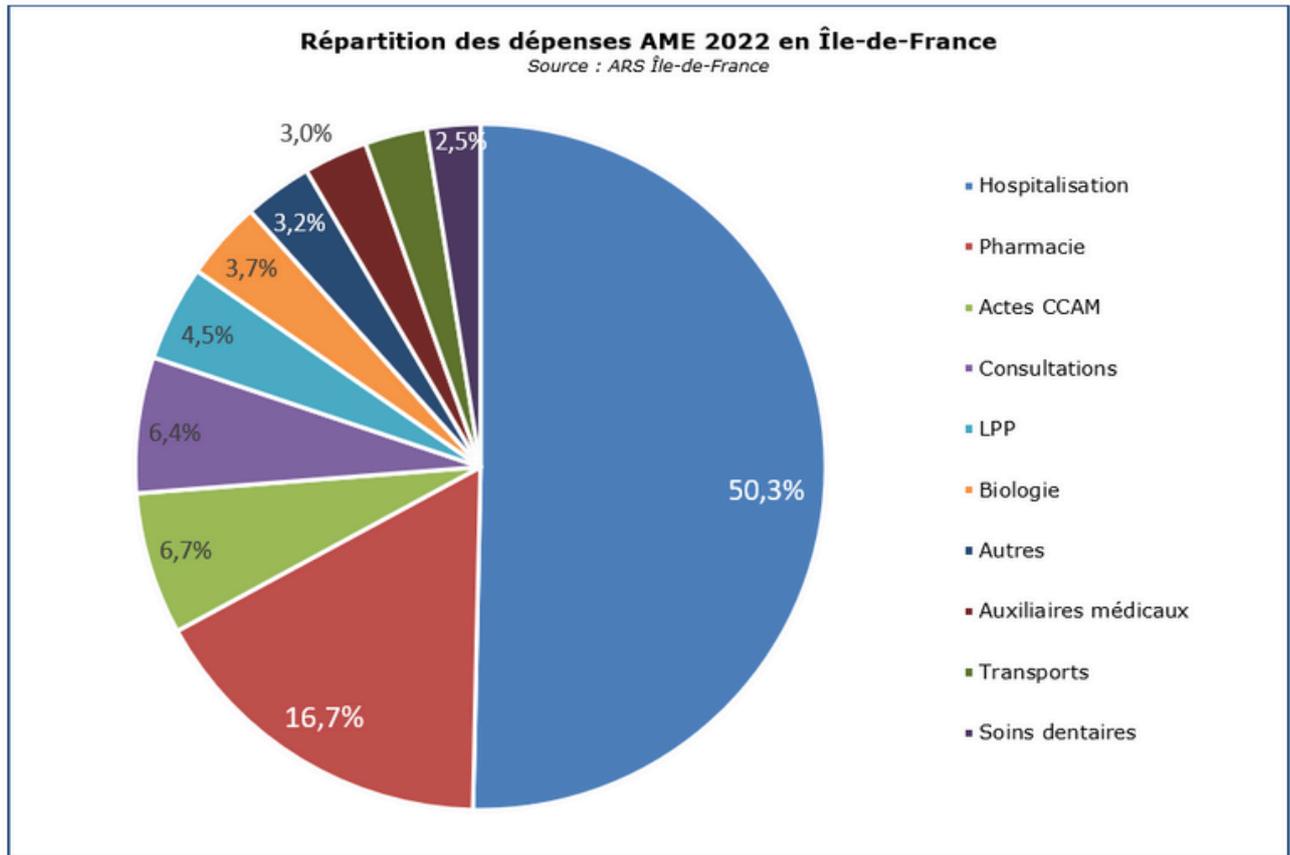


L'évolution de la dépense moyenne par bénéficiaire consommant au titre de l'AME est relativement stable en Île-de-France depuis 2018.



**- 0,2%  
par an**  
entre 2018 et  
2022 en IdF

Les principaux postes de dépenses en Île-de-France sont, de très loin, les hospitalisations (50,3%), puis la pharmacie (16,7%).



### 3. Pour une évolution en faveur du maintien d'une AME éthique, utile et efficiente : limiter le non-recours

#### L'AME, un dispositif qui a fait ses preuves et ne doit être ni restreint ni supprimé

Alors que des débats perdurent sur la possibilité de restreindre ou supprimer l'Aide Médicale d'Etat, entraînant une instabilité normative forte sur le sujet, de nombreux acteurs (*secteur associatif, secteur sanitaire, parlementaires...*) s'élèvent contre ce type de réforme, appuyant leur argumentation sur un ensemble de données chiffrées, d'analyses, de rapports (*voir Sources*) témoignant du caractère utile et pertinent de l'AME.

L'Uriopss Île-de-France souhaite s'associer à ce positionnement, et mettre en avant les arguments suivants :

#### 1. L'AME, un dispositif éthique et humanitaire

L'Uriopss Île-de-France se positionne en faveur d'une politique de santé et de prévention non discriminante, couvrant l'ensemble des personnes concernées. L'AME constitue un droit central pour l'accès aux soins des personnes en situation administrative irrégulière. Elle doit à ce titre être pérennisée dans une perspective éthique et humanitaire, en couvrant les personnes les plus précaires, évitant ainsi les drames sanitaires individuels et collectifs.

L'Uriopss Ile-de-France s'inscrit pleinement dans l'analyse proposé par le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) qui « *souligne l'importance de maintenir une approche fondée sur la fraternité afin d'assurer des politiques de santé justes et équitables pour tous* ». Notre Union rappelle que ce principe de fraternité a été reconnue comme une valeur constitutionnelle par une décision du 6 juillet 2018 du Conseil Constitutionnel.

## 2. L'AME, un bouclier garantissant la santé publique

L'AME contribue à garantir la santé publique, un argument souligné par l'ensemble du secteur médical et qui est affirmé et démontré dans l'ensemble des rapports et analyses portant sur le sujet. Les bénéficiaires de l'AME constituent souvent des publics dont le parcours et les conditions de vie les exposent à des risques importants en matière de santé (maladies chroniques, suivi sanitaire insuffisant, problèmes de santé physique et psychique, etc.). A ce titre, ils constituent une population prioritaire en matière de santé publique.

En effet, la remise en cause de l'AME entrainerait le refus d'un suivi médical standard à toute une partie de la population résidant sur le territoire national et particulièrement exposée, et aurait ainsi plusieurs externalités négatives :

- La désorganisation du système de santé, qui viendrait aggraver les conditions de travail des soignants et de prise en charge des patients ;
- La mise en danger de la santé de l'ensemble de la population, via le risque accru de favoriser le développement de maladies graves, d'épidémies ou de résistances aux traitements.

D'autres pays avant le nôtre ont commis cette erreur, dont nous devons tirer les enseignements. Dans une lettre ouverte publiée dans le journal Le Monde le 02 novembre 2023, 3 000 soignants rappellent ainsi le malheureux exemple de l'Espagne [6] : le pays vota en 2012 une restriction de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, pour finalement l'abroger en 2018 face à l'augmentation de l'incidence des maladies infectieuses et à la surmortalité de sa population.

**Île-de-France, région la plus densément peuplée du territoire national, serait particulièrement concernée par ces risques sanitaires (épidémies, etc.) en cas de suppression de l'AME.**

## 3. L'AME, un dispositif de limitation des dépenses de santé

Outre le fait que l'AME ne représente qu'une très faible proportion des dépenses de l'assurance maladie (moins de 0,5% au cours des dernières années), assurer un accès aux soins primaires à l'ensemble de la population permet d'éviter la dégradation de la santé des personnes concernées et donc, les dépenses associées à la prise en charge de situations trop dégradées. La remise en cause de l'AME reviendrait à assumer des dépenses de santé plus importantes faisant suite à la dégradation de situations qui auraient pu être prises en charge à moindre frais et seront prises en charge plus tardivement et dans l'urgence (suscitant notamment une augmentation des dépenses hospitalières).

Comme l'indique le [rapport de l'IGAS en 2019](#), la démonstration en a été faite par la littérature scientifique *a minima* pour le VIH et les affections cardiovasculaires. Par ailleurs, l'Uriopss Ile-de-France rappelle que l'expérience de 2011 du « droit d'entrée » de 30 euros, qui a constitué une limitation dans l'accès au dispositif, a engendré une forte augmentation des dépenses publiques, notamment des soins urgents (+33%) [7].

[6] [L'appel de 3 000 soignants : « Nous demandons le maintien de l'aide médicale d'Etat pour la prise en charge des soins des personnes étrangères »](#) (lemonde.fr).

[7] <https://www.cnle.gouv.fr/De-1893-a-1999-De-l-assistance.html>

**Là encore, le secteur sanitaire mais également l'ensemble des dispositifs médico-sociaux "d'aller-vers" en Île-de-France auraient à assumer un coût important des dépenses supplémentaires engendrées par une remise en cause de l'AME, puisque la majorité des bénéficiaires de l'AME sont aujourd'hui franciliens.**

#### **4. L'AME, un dispositif qui ne constitue en aucun cas un outil de politique migratoire**

L'AME ne peut être considéré comme un outil de politique migratoire. Les débats en ce sens reposent souvent sur des arguments xénophobes ou non renseignés, mais les analyses réalisées démontrent que l'AME ne constitue pas un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration. Si tel était le cas, le taux de non recours au dispositif ne serait pas aussi important : 49% (Source : ARS Île-de-France, 2022).

*« Je veux tordre le cou à une dernière idée reçue concernant l'Aide médicale de l'État (AME) : non, elle ne nourrit pas l'immigration irrégulière ! C'est une question de protection et de santé publique. Aucun projet migratoire vers la France n'est seulement motivé par l'existence de ce dispositif dont les conditions d'accès et les modalités de contrôle ont d'ailleurs été renforcées récemment. »[8]*

Madame la Première Ministre Elisabeth Borne, 6 décembre 2022

Cette position a également été réaffirmée dans une Tribune paru dans Le Monde du 26 septembre et cosignée par 8 anciens ministres de la santé.

*« L'AME ne constitue pas un facteur d'incitation à l'immigration dans notre pays, qui serait aux frais des Français. C'est un fantasme contraire aux faits ».*

Aurélien Rousseau, Roselyne Bachelot, François Braun, Agnès Buzyn, Agnès Firmin Le Bodo, Marisol Touraine, Frédéric Valletoux et Olivier Véran, 26 septembre 2024.

[8] [Compte du rendu de la deuxième séance du mardi 06 décembre 2022 - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\)](https://www.assemblee-nationale.fr/comptes-rendus/2022/06-decembre-2022).

## **Des évolutions afin de lutter contre le non-recours et renforcer l'efficacité des soins**

Si le maintien de l'AME apparaît essentiel sur l'ensemble des plans (éthique, sanitaire, économique), l'Uriopss Île-de-France s'associe à certaines recommandations portées par divers acteurs (ex. *Rapport sur l'Aide Médicale de l'Etat, établi par Claude EVIN et Patrick STEFANINI, Décembre 2023*) en faveur d'une évolution de l'AME visant à renforcer l'efficacité des soins et lutter contre le non-recours. Notre Union rappelle également que le tissu associatif, acteur historique de première ligne, peut être mobilisé pour favoriser l'accès au dispositif, mieux évaluer les problématiques et apporter des solutions adaptées.

### **1. Lutter contre le non-recours par des examens de prévention**

Les personnes qui souhaitent séjourner régulièrement en France doivent satisfaire à la visite médicale, prévue par l'arrêté du 11 janvier 2006, organisé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Il n'existe aucune disposition équivalente pour les personnes demandeurs d'asile ou les personnes entrant irrégulièrement en France ou sous couvert d'un visa de séjour de durée. La mise en place d'un tel examen médical est notamment recommandée par le Haut Conseil de la Santé Publique, par la Direction Générale de la Santé ainsi IGF et l'IGAS.

Le recours massif et généralisé à un examen de santé pour les personnes demandeur d'asile ou les personnes entrant irrégulièrement en France serait une plus-value en matière de soins préventifs et de dépistage mais il permettrait également d'améliorer l'information sur l'état de santé des étrangers en situation irrégulière, de favoriser une prise en charge précoce et donc de diminuer le coût des soins.

### **2. En Île-de-France, améliorer la coordination et s'appuyer sur les dispositifs « d'aller-vers » pour faciliter le repérage des publics en grande fragilité bénéficiaires de l'AME**

La crise Covid-19 a permis notamment de développer des dispositifs nouveaux d'accompagnement, de renforcer les liens avec les acteurs de terrain par la mise en place d'équipes de dépistage et de vaccination au sein de structures d'hébergement. Dans ce contexte, l'ARS Île-de-France a dédié plus de 10 millions d'euros supplémentaires pour renforcer sa démarche d'aller-vers.

En s'appuyant sur ce type d'expériences (ex. des Equipes Mobiles Santé Précarité), des services d'aller-vers pourraient être développées afin d'agir plus efficacement sur les problématiques sanitaires. En effet, l'expertise et le savoir-faire des dispositifs d'aller vers pourraient être mobilisés afin d'améliorer, en amont, le repérage et les orientations des publics en situations de grande fragilité (notamment ceux susceptibles de bénéficier de l'AME).

### **3. Allonger la durée de validité à deux ans pour éviter les ruptures de droits**

Les caractéristiques de certains bénéficiaires de l'AME rendent parfois plus difficiles une prise en charge médicale continue. En effet, les parcours migratoires traumatiques, les problématiques psychiatriques ou d'addictions peuvent entraîner une rupture de soins et/ou rendre le renouvellement de droit plus complexe. Allonger la durée de validité de l'AME pourrait permettre de tenir compte de ces spécificités, dans la perspective d'une prise en charge réellement efficace, tout en facilitant le renforcement des mesures de contrôle.

### **4. Renforcer le suivi analytique de la population bénéficiaire de l'AME en Île-de-France pour améliorer la prise en charge**

Renforcer le suivi analytique de la population bénéficiaire de l'AME poursuivrait un double objectif :

- Renforcer la confiance dans le fonctionnement de l'AME, en donnant aux décideurs une meilleure visibilité de la consommation de soins et de l'utilisation de l'AME ;
- Mieux détecter et comprendre les besoins sanitaires des bénéficiaires de l'AME, qui se révèlent contrastés en fonction des territoires ou des classes d'âge, afin d'adapter la politique publique au plus près des besoins.

## 4. En synthèse

L'Aide Médicale d'Etat (AME) créée en 2020 est un dispositif de politique publique accordant aux étrangers en situation irrégulière, sous condition de ressources et de durée de séjour, une prise en charge à 100% de certains soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. Ce dispositif répond à un triple objectif : éthique et humanitaire, sanitaire et économique. Il s'inscrit par ailleurs dans le cadre des engagements internationaux de la France sur le plan de la santé, des droits de l'enfant et des droits de l'homme.

Malgré son utilité, démontrée dans de nombreux rapports et études, l'AME est un dispositif régulièrement remis en cause. Son coût pour la société, son efficacité ou sa pertinence dans une optique de lutte contre « l'immigration illégale » sont régulièrement questionnés. Dans son discours de politique générale le 30 janvier 2024, le Premier Ministre Gabriel Attal a ainsi annoncé une réforme de l'AME « avant l'été 2024 ».

Avec 55% des bénéficiaires franciliens en 2022, l'Île-de-France constitue de loin la région la plus concernée. Ainsi, même s'il s'agit d'un dispositif national, l'URIOPSS Île-de-France tient à exprimer son positionnement sur les débats actuellement en cours. Tout en apportant des pistes d'amélioration, notre Union alerte sur les conséquences particulièrement néfastes pour notre région d'une remise en cause globale de la philosophie et du cadre général de l'Aide Médicale d'Etat.

### 1. L'AME est un dispositif qui a fait ses preuves et ne doit être ni restreint, ni supprimé

- **Un dispositif éthique et humanitaire** : l'Uriopss Île-de-France se positionne en faveur d'une politique de santé et de prévention non discriminante, couvrant l'ensemble des personnes concernées. Elle s'inscrit à ce titre dans l'analyse proposée par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) qui « souligne l'importance de maintenir une approche fondée sur la fraternité afin d'assurer des politiques de santé justes et équitables pour tous ».
- **Un bouclier garantissant la santé publique** : la non prise en charge de toute une partie des résidents du territoire national pourrait entraîner une désorganisation importante de notre système de santé et la mise en danger de la santé de l'ensemble de la population (risques accrus de développement de maladies graves ou d'épidémies par exemple).
- **Un dispositif de limitation des dépenses de santé** : outre la faible part de l'AME dans les dépenses de santé, la suppression de l'AME engendrerait d'importantes dépenses supplémentaires pour la prise en charge de situations de santé ultérieurement dégradées.
- **Un dispositif qui ne constitue en aucun cas un outil de politique migratoire** : avec un taux de non-recours très élevé, l'AME ne peut être considéré comme un facteur « d'attractivité » de l'immigration illégale.

### 2. Des évolutions afin de lutter contre le non-recours et renforcer l'efficacité des soins

L'Uriopss Île-de-France s'associe à plusieurs recommandations visant à améliorer le dispositif et lutter contre le non-recours :

- Lutter contre le non-recours par des examens de prévention ;
- S'appuyer sur des dispositifs « d'aller-vers » pour améliorer les missions de prévention de l'AME ;
- Allonger la durée de validité à deux ans pour éviter les ruptures de droits ;
- Renforcer le suivi analytique de la population bénéficiaire de l'AME pour améliorer la prise en charge.



16 rue des Terres au Curé 75013 Paris  
contact@uriopss-idf.fr - 01 44 93 27 00 - www.uriopss-idf.fr