



HAL
open science

L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie : entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires

Céline Gabarro

► To cite this version:

Céline Gabarro. L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie : entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCC167 . tel-02079419

HAL Id: tel-02079419

<https://theses.hal.science/tel-02079419>

Submitted on 26 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse de doctorat

de l'Université Sorbonne Paris Cité

Préparée à l'Université Paris Diderot

Ecole doctorale : Economies, espaces, sociétés civilisations : pensée critique, politique et pratiques sociales (ED 382)

Laboratoire : Unité de recherches Migrations et société (URMIS)

L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie

*Entre soupçon de fraude, figures de l'Etranger et
injonctions gestionnaires*

Par Céline GABARRO

Thèse de doctorat de sociologie

Dirigée par Alain MORICE

Présentée et soutenue publiquement à Paris, le 29/09/2017

Marguerite Cognet, Maître de conférences, Université Paris Diderot (examinatrice)

Gilles Jeannot, Directeur de recherche à l'Ecole des Ponts ParisTech, LATTIS (examinateur)

Laurence Kotobi, Maître de conférences HDR, Université Bordeaux (rapporteuse)

Danièle Linhart, Directrice de recherche CNRS, CRESPPA-GTM (rapporteuse et présidente)

Alain Morice, Directeur de recherche CNRS, URMIS (directeur)

Antoine Pécoud, Professeur des universités, Université Paris 13 (examinateur)



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

RÉSUMÉ

Titre : L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figures de l'Étranger et injonctions gestionnaires.

Résumé : Dans cette thèse nous nous intéressons à la question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à travers l'étude de l'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME), une couverture maladie qui leur est réservée. A partir d'une enquête ethnographique menée des deux côtés du guichet des caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM), nous interrogeons les effets du développement d'une conception gestionnaire de la santé et des mutations du travail dans les CPAM sur l'attribution de l'AME. Nous montrons qu'une rhétorique du soupçon se développe dans cette administration, et ce plus particulièrement à l'égard des étrangers. Bien que cette rhétorique soit institutionnalisée, nous verrons qu'elle donne aussi lieu à des réappropriations individuelles, dans un contexte de forte remise en question du sens du travail et de déstabilisation des identités professionnelles. Nous verrons que si l'ensemble des agents partagent ce discours sur la lutte contre la fraude sociale, ils usent néanmoins de cette logique de diverses façons. Cette dernière peut ainsi leur permettre de valoriser un savoir-faire gestionnaire, un savoir-faire social, ou encore un savoir-faire de gardien du système. Enfin, la thèse montre que l'usage de la rhétorique du soupçon n'engendre pas forcément une lecture rigoriste de l'AME, même si cette dernière reste dominante. Elle peut au contraire, quand elle permet de mobiliser un sens social ou gestionnaire, du fait de la spécificité de l'AME et de son traitement à l'écart, s'avérer aussi faciliter l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

Mots clés : accès aux soins ; accès aux droits ; caisses primaires d'assurance maladie ; aide médicale d'Etat ; étrangers en situation irrégulière ; new public management ; soupçon de fraude ; tourisme médical

SUMMARY

Title: How Health Insurance Agents Attribute State Medical Aid : Between Fraud Suspicion, Immigrant Representations, and Managerial Injonctions

Summary : In this dissertation, we address the issue of healthcare access for undocumented immigrants through the study of State Medical Aid (referred to as AME – *Aide Médicale d’Etat*) – a healthcare coverage specifically dedicated to them. Based on an ethnographic study carried out on both sides of the counter at Health Insurance Offices (referred to as CPAM - *caisses primaires d’Assurance maladie*), we question the impact of an increasingly managerial approach to healthcare and of CPAM occupational mutations on AME attribution. We show how a rhetoric of suspicion developed in this administration, towards foreigners in particular. Event though this rhetoric is institutionalized, we shall see how it can also be individually reappropriated, in a context where the meaning of labor is strongly called into question, and where professional identities are undermined. While all agents share a common discourse on the fight against social fraud, they nevertheless use this logic in different ways. As a result, agents may distinctively promote a managerial expertise, a social expertise, or a system gatekeeper expertise. Finally, this dissertation shows how the use of a suspicion rhetoric does not necessarily produce a rigorist reading of AME, even if the latter dominates. On the contrary, it may also call on a social or managerial perspective – given the specificity of AME and its separate processing – that may facilitate healthcare access for undocumented immigrants.

Key words : healthcare access ; access to rights ; health insurance offices ; state medical aid ; undocumented immigrants ; new public management ; fraud suspicion ; medical tourism

REMERCIEMENTS

Réaliser une thèse de sociologie, enseigner, communiquer, rédiger des articles nécessite de se familiariser avec un milieu, d'en apprendre les codes, d'en comprendre les exigences, sans pour autant en connaître le mode d'emploi. Comme dans tout parcours, arriver au bout nécessite d'avoir des alliés pour comprendre les règles du jeu. Je tiens donc à remercier ici toutes les personnes qui m'ont appris à déchiffrer ce milieu qui m'était inconnu, et m'ont permis de mener à bien cette thèse.

Alain Morice, tout d'abord, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Pour son intérêt pour mon travail, son regard anthropologique et ses précieux conseils au fil des années.

Marguerite Cognet m'a mis le pied à l'étrier en master et m'a formée à la recherche. Son soutien tout au long de la thèse a été précieux, notamment dans les moments de doute. Merci pour ces échanges, les projets menés ensemble et les nombreuses pistes d'analyse à explorer !

J'adresse également mes sincères remerciements à Gilles Jeannot, Laurence Kotobi, Danièle Linhart et Antoine Pécoud qui ont accepté de lire et discuter mon travail.

Une thèse ne peut aboutir sans le soutien d'autres doctorants. Pour les échanges scientifiques que nous avons eus, les moments d'amitié que nous avons partagés et le coaching personnalisé qu'ils ont su assurer quand il le fallait, je tiens à remercier tout particulièrement : Emilie Adam-Vezina, Jérôme Berthaut, Rosane Braud, Christelle Hounsou, Stéphanie Larchanché, Marie Lejeune et Marjolaine Paris. Une énorme pensée également à ma « team Berlin » (Jérémy Geeraert, Marjorie Gerbier-Aublanc et Caroline Izambert) : échanger avec vous sur des objets très proches du mien a été un véritable moteur, tout autant que votre soutien qui a permis de ranimer la flamme, quand il le fallait.

Parce qu'elle est émaillée de périodes de doute, la thèse est aussi un moment où la bienveillance est nécessaire. Merci à Agnès Lainé et Nadège Vézinat d'en avoir été l'incarnation. Une mention spéciale à Nadège pour la motivation et l'envie qu'elle insuffle.

Une recherche ethnographique ne pourrait exister sans les nombreux personnages, néanmoins réels, qui l'animent. Je remercie toutes les personnes qui m'ont accordé du temps et m'ont accueillie chaleureusement au sein de leur milieu professionnel ou ont partagé des moments de vie avec moi. Je ne peux, malheureusement, pas les nommer pour la plupart. Néanmoins, je pense particulièrement à Cyrille, Louise et Thierry pour les difficultés mais aussi les moments de joie que nous avons pu partager et célébrer ensemble. Une pensée pour Bouba qui m'a fait découvrir ce milieu et sans qui cette thèse n'existerait pas. Une reconnaissance infinie à Tandiayie.

La réalisation d'une thèse, aussi intéressante soit-elle, ne peut se faire sans considération économique. Obtenir un financement signifie également bénéficier d'un statut de salarié, ce qui est loin d'être anecdotique dans la société actuelle. Je remercie la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour le financement qu'elle m'a accordé pendant trois ans (et tout

particulièrement Isabelle Marseille pour sa compréhension), l'Université Paris Diderot pour m'avoir donné l'opportunité d'enseigner à travers le monitorat, et l'Université Reims Champagne Ardenne, et plus particulièrement le laboratoire REGARDS, pour m'avoir recrutée en tant qu'ATER pendant deux ans.

J'adresse ma gratitude à tous ceux qui ont discuté mon travail lors de séminaires ou colloques et qui ont su faire avancer ma pensée. Pour les échanges scientifiques que nous avons eus et l'intérêt qu'ils ont pu porter à mon travail, je remercie particulièrement Estelle Carde, Alexis Spire et Laurence Kotobi. Merci également à tous les membres de l'Urmis pour leurs conseils et leur soutien technique, et plus particulièrement aux membres du groupe santé.

Une thèse est faite de temps d'écriture, de relecture, de correction, le processus étant infini mais nécessaire. Je remercie tous ceux qui ont relu des chapitres de cette thèse ou ont aidé à sa mise en page : Jérôme Berthaut, Franck Besnard, Marguerite Cognet, Emmanuelle Dard, Marie-Joèle Desplanque, Jean-Paul Domin, Camille Foubert, Jérémy Geeraert, Christelle Hounsou, Caroline Izambert, Agnès Lainé, Sylvain Lapougeas (Dompteur de word), Stéphanie Larchanché, Maxime Lastera, Fabienne Marchand, Claire Murillo, Marjolaine Paris, Aurélie Racioppi et Déborah Ridel. Leurs conseils ont été précieux. Une mention spéciale à Marjorie Gerbier-Aublanc, dont le soutien « mexicain » a été capital : coach de vie, amie, relectrice hors pair, merci ! Une autre pour Emilie Adam-Vézina qui a relu plus que de raison et dans des délais improbables. Merci d'avoir été là. Et enfin à mon père, intraitable relecteur, qui a tellement corrigé cette thèse qu'il pourrait presque la réciter par cœur et dans ses différentes versions !

A mes amis qui ont su insuffler de la vie pendant toutes ces années. Une pensée toute particulière aux théâtraux et au théâtre (parce que le théâtre c'est la vie ! Et que la pagaille théâtrale la rend plus intense). Aux Aulnaysiens avec qui j'ai grandi. A Fabinouch' qui a tout fait pour faire des études aussi longues que moi, mais qui a tout de même été plus rapide ! Aux Mandolociens qui continuent à égayer mes étés. A tous ceux qui ont supporté ma thèse en vacances, en soirée ou pendant les weekends. A tous ceux qui ont compris. A Petite Claire pour ses grigris. A DJ Cath qui a puisé dans ses meilleures références musicales pour me motiver !! A Robert, pour la force des rêves. Et à mes petits maîtres zen : Audrey, Claire et Manu.

A mes parents, dont les différences ont fondé la mienne. Votre anticonformisme est sans doute à la base de mon intérêt pour la sociologie. Merci de m'avoir toujours soutenue, de n'avoir jamais cessé d'y croire et de n'avoir jamais remis en cause ni mon choix, ni mon travail. Votre attitude pendant cette thèse a été plus que parfaite !

Enfin, merci à Sylvain d'avoir pris le train en route pour vivre tout cela avec moi, de t'être intéressé à mes lubies sociologiques, d'avoir assuré l'intendance comme un chef et de m'avoir soutenue plus que bien sur la fin. Merci d'illuminer mon quotidien et de me donner la force de me dépasser.

TABLE DES MATIÈRES

RESUME	3
SUMMARY	4
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES ABREVIATIONS	13
TABLE DES FIGURES.....	15
TABLE DES TABLEAUX	15
TABLE DES ENCADRES	15
INTRODUCTION GENERALE	17
ETONNEMENT DE DEPART	18
COMMENT L'ORIGINE PEUT-ELLE ENTRER EN COMPTE DANS LE TRAVAIL D'ATTRIBUTION ?	22
POURQUOI S'INTERESSER A L'EVOLUTION DU TRAVAIL DANS LES CPAM LORSQU'ON TRAITE DE L'ATTRIBUTION DE L'AME ?.....	33
PROBLEMATIQUE	41
METHODOLOGIE	42
DU CHOIX DES TERMES UTILISES	56
PLAN DE LA THESE.....	61
 PARTIE 1 : LES FRONTIERES DE LA SOLIDARITE. UNE MISE A L'ECART NUANCEE DES ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIERE DANS LE SYSTEME DE PROTECTION MALADIE.	
63	
INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE	65
CHAPITRE 1 : L'ACCES AUX SOINS DES ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIERE : D'UN DROIT ACQUIS PAR LE TRAVAIL A UNE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA PAUVRETE ET DE LA RAISON HUMANITAIRE	69
1.1 D'UNE SOLIDARITE DEFINIE SELON LE RAPPORT AU TRAVAIL A UNE SOLIDARITE DEFINIE PAR LA SITUATION DU SEJOUR	71
1.1.1 LA DECONNEXION DU STATUT DE TRAVAILLEUR.....	71
1.1.2 LA NON RECONNAISSANCE DU STATUT DE RESIDENT.....	73
1.1.2.1 UNIVERSALISER LA PROTECTION MALADIE.....	74
1.1.2.2 LA MEDIATISATION SOCIALE ET POLITIQUE DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS ...	76
1.1.2.3 LA MISE A L'AGENDA DE L'ACCES AUX SOINS DES PLUS PAUVRES	79
1.1.2.4 LA MISE EN PLACE DE LA LOI CMU	80
1.1.2.5 L'ASSURANCE POUR LES UNS, L'AIDE SOCIALE POUR LES AUTRES	83

1.2	LA CONSTRUCTION DE L'ALTERITE DES « ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE »	
	85	
1.2.1	<i>DU TRAVAILLEUR IMMIGRE A L'ETRANGER COMME MENACE POUR LE SYSTEME SOCIAL FRANÇAIS</i>	85
1.2.1.1	L'IRREGULARITE, UNE QUESTION NON OPERANTE	86
1.2.1.2	LA GESTIONNARISATION ET LA POLITISATION DE L'IMMIGRATION.....	87
1.2.1.3	RESTREINDRE L'IMMIGRATION IRREGULIERE POUR FACILITER L'INTEGRATION DES REGULIERS	88
1.2.1.4	LE DEVELOPPEMENT DE LA CONDITION DE REGULARITE EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE	89
1.2.1.5	1999 : LEGITIMATION DU CRITERE DE REGULARITE	92
1.2.2	<i>LA CONSTRUCTION DE L'ETHNICITE DU GROUPE MAJORITAIRE</i>	94
1.2.2.1	LA NATIONALITE FRANÇAISE COMME CRITERE D'APPARTENANCE A LA COLLECTIVITE	94
1.2.2.2	LA CONSTRUCTION D'UN PATRIMOINE COMMUN : LE « MODELE SOCIAL FRANÇAIS » COMME MARQUEUR D'ETHNICITE.....	97
1.3	L'AFFILIATION DES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE : DROITS D'EXCEPTION ET LOGIQUE DE LA COMPASSION	99
1.3.1	<i>L'AME : UNE PRISE EN CHARGE INFERIEURE EN TANT QUE « PAUVRE »</i>	99
1.3.2	<i>LA PRISE EN CHARGE EN TANT QUE « MALADE » : LA RAISON HUMANITAIRE PLUTOT QUE LE DROIT SOCIAL</i>	101
1.3.2.1	LE FONDS DES SOINS URGENTS ET VITAUX.....	101
1.3.2.2	L'AME A TITRE HUMANITAIRE	103
1.3.3	<i>UNE LOGIQUE HUMANITAIRE</i>	103
	CONCLUSION	106
	CHAPITRE 2 : ETHNOGRAPHIE DES PARCOURS D'OBTENTION DE L'AME. DES PROCESSUS DE DELEGITIMATION MULTIPLES ET COMPLEXES	109
2.1	ETHNOGRAPHIE DES PARCOURS D'OBTENTION DE L'AME : DES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS	110
2.1.1	<i>L'ACCESSIBILITE AUX DROITS</i>	110
2.1.1.1	UN SYSTEME CONFIDENTIEL	111
2.1.1.2	UN SYSTEME PEU LISIBLE.....	115
2.1.2	<i>L'EFFECTIVITE DES DROITS</i>	125
2.1.2.1	DES ERREURS DE DROIT	125
2.1.2.2	DES REFUS DE SOINS	126
2.2	LE PARCOURS D'OBTENTION DE L'AME : L'APPRENTISSAGE DE LA RELEGATION ...	128
2.3	L'AME : UN SYSTEME DISCRIMINATOIRE	130
2.3.1	<i>DU POINT DE VUE DES INTERACTIONS, L'IMBRICATION DES ATTRIBUTS DE DELEGITIMATION</i>	131
2.3.1.1	DU COTE DES PROFESSIONNELS.....	132
2.3.1.2	DU COTE DES BENEFICIAIRES	133
2.3.2	<i>DE LA DIFFERENCIATION AUX DISCRIMINATIONS INDIRECTES</i>	134
	CONCLUSION	138
	CHAPITRE 3 : L'AME : UNE RESSOURCE SOCIALE ET IDENTITAIRE	139
3.1	DIFFERENTES CONCEPTIONS DE L'AME.....	141
3.1.1	<i>LE STATUT DE PATIENT ORDINAIRE</i>	142

3.1.1	<i>UNE IDENTITE SOCIALE</i>	145
3.1.2	<i>UN MARCHEPIED VERS LA REGULARISATION</i>	148
3.2	DIVERSES FIGURES DE LEGITIMITE.....	154
3.2.1	<i>LA FIGURE DU MALADE</i>	154
3.2.2	<i>LA FIGURE DU DROIT UNIVERSEL</i>	157
3.2.3	<i>LA FIGURE DU TRAVAILLEUR</i>	159
3.3	STRATEGIES DE PRESENTATION DE SOI AU GUICHET	162
3.3.1	<i>LA POLITESSE ET LA DEBROUILLE</i>	163
3.3.2	<i>LA PROTESTATION ET LA REVENDICATION</i>	165
	CONCLUSION	168
PARTIE 2 : DANS LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE : CATEGORISATIONS DES DEMANDEURS DE L'AME ET RHETORIQUE DU SOUPÇON.....		175
CHAPITRE 4 : MISE EN ŒUVRE DU DROIT ET ETHOS PROFESSIONNEL DES AGENTS DES CPAM : ENTRE POSTURE LEGALISTE, MISSION DE SERVICE PUBLIC ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE		181
4.1	L'ORGANISATION DE L'AME A LA CPAM DES CHAMPS	182
4.1.1	<i>LE DEPOT AU GUICHET</i>	183
4.1.2	<i>L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE PAR LE SERVICE AME</i>	185
4.2	ACCORDER DES PRESTATIONS : QUALIFIER DES SITUATIONS, INTERPRETER DES REGLES	187
4.2.1	<i>LA NECESSAIRE INTERPRETATION DE LA REGLEMENTATION</i>	188
4.2.2	<i>LIMITER LA MARGE DE MANŒUVRE</i>	190
4.2.2.1	LA DIVISION DU TRAVAIL D'INTERPRETATION	190
4.2.2.2	RETRANSCRIRE LA REGLEMENTATION GENERALE AU NIVEAU LOCAL.....	194
4.2.3	<i>UNE ACTIVITE NON PREVUE</i>	199
4.2.4	<i>UN DEVOIR DE NEUTRALITE AU CŒUR DE LEUR IDENTITE PROFESSIONNELLE</i>	202
4.3	L'ETHOS PROFESSIONNEL DES AGENTS DE L'ASSURANCE MALADIE.....	205
4.3.1	<i>DES GARANTS DE LA LOI ET DE L'OUVERTURE DES DROITS</i>	205
4.3.2	<i>LES GARDIENS DU SYSTEME SOCIAL FRANÇAIS</i>	208
4.3.2.1	UNE CONCEPTION GESTIONNAIRE DU SOCIAL.....	209
4.3.2.2	L'INSTITUTIONNALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	210
4.3.2.3	UNE MISSION DE CONTROLE.....	212
4.3.3	<i>ARTICULER MISSION DE SERVICE PUBLIC ET SOUPÇON DE FRAUDE</i>	215
	CONCLUSION	217
CHAPITRE 5 : QUAND L'IRREGULARITE COLORE LES FIGURES D'USAGERS. LES CATEGORISATIONS DES DEMANDEURS DE L'AME ENTRE STATUT DE « PAUVRE » ET STATUT D'« ETRANGER ».....		219
5.1	DES CATEGORISATIONS MORALES AUTOUR DE LA QUESTION DU « MERITE » : DIFFERENTS ELEMENTS DE DISTINCTION	220
5.1.1	<i>L'IRREGULARITE : UNE DONNEE ADMINISTRATIVE NON STIGMATISANTE</i>	220
5.1.1.1	QUALIFIER LA REGULARITE ET L'IRREGULARITE.....	221
5.1.1.2	UN ATTRIBUT NON STIGMATISANT.....	224

5.1.1.3	LA NON REMISE EN CAUSE DE L'ACCES AUX SOINS DES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE	229
5.1.2	<i>BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE : DISTINGUER LE BON GRAIN DE L'IVRAIE</i>	230
5.1.2.1	DISTINGUER LES « BONS » DES « MAUVAIS » PAUVRES	232
5.1.2.2	L'EXTERIORITE A LA COLLECTIVITE : UN CRITERE D'ILLEGITIMITE	236
5.2	TROIS FIGURES DE DEMANDEURS DE L'AME	238
5.2.1	<i>LE « BON PAUVRE »</i>	238
5.2.1.1	L'EXCLU : UN « VRAI » PAUVRE	239
5.2.1.2	UNE ATTITUDE CONFORME AU STATUT DE « PAUVRE »	242
5.2.1.3	DES FIGURES POSITIVES DE L'« ETRANGER » : REFUGIE, AVENTURIER, SANS-PAPIERS 244	
5.2.2	<i>LE « FRAUDEUR »</i>	249
5.2.2.1	LE FRAUDEUR : DU FAUX PAUVRE AU MAUVAIS ETRANGER	249
5.2.2.2	COMMENT EN ARRIVE-T-ON A INCARNER UNE FIGURE DE « FRAUDEUR » ?	252
5.2.3	<i>LE TOURISTE MEDICAL</i>	256
5.2.3.1	UN MANQUE D'INTEGRATION A LA COMMUNAUTE	257
5.2.3.2	DES PROFITEURS	259
5.2.3.3	DIVERS USAGES ET LIMITES DE LA CATEGORIE	261
	CONCLUSION	264
CHAPITRE 6 : DES CATEGORIES ETHNO-RACIALES		267
6.1	DES LECTURES ETHNO-RACIALES DES CATEGORIES DE BONS ET MAUVAIS USAGERS 268	
6.1.1	<i>LA CONSTRUCTION DE CATEGORIES ETHNO-RACIALES DANS LES CPAM</i>	268
6.1.2	<i>LES « 208 »</i>	270
6.1.3	<i>LES « ROMS-ROUMAINS »</i>	273
6.2	LES USAGES DES CATEGORIES ETHNO-RACIALES	274
6.2.1	<i>L'HUMOUR : UNE MANIERE DE CREER DU COLLECTIF</i>	274
6.2.2	<i>L'ETHNICISATION COMME PROCESSUS D'ALTERISATION : QUAND LE RECOURS A L'ETHNICITE SERT LA MISE A L'ECART AU SEIN DE L'AME</i>	278
6.2.2.1	LES ROMS-ROUMAINS DANS LA LIGNE DE MIRE	279
6.2.2.2	LA FIGURE FANTASMEE DU ROM-ROUMAIN	282
6.2.2.3	UN TRAITEMENT DIFFERENCIE DES RESSORTISSANTS ROUMAINS ET BULGARES	283
6.2.2.4	BRITANNIQUES ET ROUMAINS : DEUX LECTURES D'UN MEME TEXTE	284
6.2.2.5	AU GUICHET, DES REAPPROPRIATIONS DE LA REGLE QUI RECONSTRUISENT LES CATEGORIES ADMINISTRATIVES	289
	CONCLUSION	291
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE		293
PARTIE 3 : NEW PUBLIC MANAGEMENT, EVOLUTION DES IDENTITES PROFESSIONNELLES ET ACCES AUX SOINS		295
CHAPITRE 7 : LA DIFFUSION DE L'ESPRIT GESTIONNAIRE ET DU NEW PUBLIC MANAGEMENT DANS LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE		299
7.1	MAITRISER LES DEPENSES PUBLIQUES POUR SAUVER LA SECURITE SOCIALE	299
7.1.1	<i>UNE NOUVELLE GENERATION DE HAUTS FONCTIONNAIRES DANS LE SECTEUR SOCIAL 300</i>	
7.1.2	<i>UN RECOURS NECESSAIRE AUX OUTILS DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE</i>	303

7.1.3	<i>UN NOUVEAU PROFIL DE DIRECTEURS</i>	305
7.1.4	<i>UN CONTROLE ETATIQUE DES DEPENSES DE SANTE</i>	306
7.2	LA DIFFUSION DES TECHNIQUES DU NEW PUBLIC MANAGEMENT DANS LES CPAM	308
7.2.1	<i>RESTREINDRE LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT</i>	308
7.2.1.1	LIMITER LE NOMBRE DE GUICHETS POUR DIMINUER LES FRAIS DE GESTION.....	308
7.2.1.2	LE RECOURS AUX PARTENARIATS : SOUS-TRAITER DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC 310	
7.2.2	<i>UNE RECHERCHE DE PRODUCTIVITE</i>	312
7.2.2.1	LA SPECIALISATION DES TACHES.....	312
7.2.2.2	UN MANAGEMENT PAR OBJECTIFS.....	314
7.2.2.3	EVALUER, QUANTIFIER, SUPERVISER : LE POIDS DES STATISTIQUES.....	317
7.3	STRATEGIES, CONTRAINTES ET RESSOURCES DES AGENTS	324
7.3.1	<i>DES INDICATEURS QUI ENCADRENT LE TRAVAIL</i>	324
7.3.2	<i>A L'ACCUEIL : LA PRESSION DE LA FILE D'ATTENTE</i>	326
7.3.3	<i>DES STRATEGIES POUR TENIR LES DELAIS</i>	328
7.3.4	<i>ENTRE L'AIDE AUX ASSURES ET LA PRESSION DE LA FILE D'ATTENTE : DEUX FIGURES D'AGENTS QUI SE CONFRONTENT AU GUICHET</i>	331
7.3.4.1	LES SOCIAUX.....	331
7.3.4.2	LES PRAGMATIQUES.....	333
7.3.5	<i>AUTOCONTROLE ENTRE COLLEGUES</i>	334
7.3.5.1	AU SERVICE AME.....	335
7.3.5.2	AU GUICHET.....	336
7.3.6	<i>RESISTANCE ET FREINAGE</i>	337
	CONCLUSION	339
 CHAPITRE 8 : LES GUICHETIERS DE L'ASSURANCE MALADIE ENTRE PERTE DE SENS ET MANQUE DE RECONNAISSANCE..... 341		
8.1	DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES REDUITES.....	341
8.1.1	<i>LA SPECIALISATION DES TACHES</i>	342
8.1.1.1	UNE BAISSSE DE LA POLYVALENCE.....	342
8.1.1.2	UN POUVOIR DE DECISION LIMITE	345
8.1.2	<i>UN PUBLIC DE PLUS EN PLUS SPECIALISE</i>	347
8.1.2.1	UNE SURREPRESENTATION DES DOSSIERS COMPLEXES ET DES USAGERS PRECAIRES A L'ACCUEIL.....	348
8.1.2.2	DES DEMANDEURS DE LA CMU-C QUI CRISTALLISENT LES TENSIONS.....	349
8.2	UN DEFAUT DE RECONNAISSANCE. LA DEVALORISATION DU METIER PAR LES USAGERS.....	351
8.2.1	<i>UNE RELATION AMBIGUE AUX USAGERS : ENTRE VALORISATION ET DISCREDIT</i>	351
8.2.2	<i>DES RELATIONS CONFLICTUELLES QUI NE PERMETTENT PAS AUX GUICHETIERS DE VALORISER LEUR TRAVAIL</i>	352
8.2.2.1	UNE ATMOSPHERE CONFLICTUELLE	353
8.2.2.2	UNE COMPETENCE REMISE EN DOUTE	356
8.2.2.3	LE CONFLIT : UNE RESSOURCE POUR LES USAGERS.....	358
8.2.2.4	UNE SOURCE DE DISCREDIT	360
8.2.3	<i>UNE ABSENCE DE SOUTIEN HIERARCHIQUE ET COLLECTIF</i>	362
8.2.4	<i>INVERSER L'ASYMETRIE DE LA RELATION EN PLAÇANT LES AGENTS DANS UN RAPPORT DE SUBORDINATION</i>	365

8.3	UNE IDENTITE PROFESSIONNELLE MODIFIEE. DE LA PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS A LA GESTION DE LA PAUVRETE.....	368
8.4	DES USAGES DE L'ENTRETIEN AME : DEVELOPPER UNE « RELATION D'AIDE » POUR ECHAPPER A UNE « RELATION DE SERVITUDE ».....	373
	CONCLUSION	377
CHAPITRE 9 : AU DEPARTEMENT DE L'ACCES AUX DROITS. QUAND LE SOUPÇON DE FRAUDE SERT LA PRODUCTIVITE ET RETARDE L'OBTENTION DE L'AME.....		379
9.1	UN TRAVAIL SANS QUALITE	380
9.1.1	<i>L'AME : UNE VOIE DE GARAGE</i>	380
9.1.2	<i>UNE FORMATION SUR LE TAS QUI NE VALORISE AUCUN SAVOIR-FAIRE PROFESSIONNEL</i>	381
9.1.2.1	UN EMPILEMENT DE TEXTES CONFUS.....	382
9.1.2.2	UNE COMPETENCE REGLEMENTAIRE FAIBLE	384
9.1.3	<i>RECOURIR A UNE « LOGIQUE PERSONNELLE »</i>	386
9.1.4	<i>LA MARGE DE MANŒUVRE : UNE CONTRAINTE PLUTOT QU'UNE RESSOURCE</i>	389
9.2	DIFFERENTES POSTURES FACE AU TRAVAIL D'APPLICATION DES REGLES	393
9.2.1	<i>UNE ACTIVITE QUI MANQUE DE SENS ET DE PERSPECTIVE</i>	394
9.2.2	<i>LES « ANCIENS » ET LES « NOUVEAUX » : DEUX APPROCHES DIFFERENTES DES REGLES</i>	395
9.2.3	<i>TROIS LOGIQUES</i>	396
9.2.3.1	LA LOGIQUE DU SOUPÇON.....	397
9.2.3.2	LA LOGIQUE SOCIALE	400
9.2.3.3	LA LOGIQUE PRAGMATIQUE	402
9.2.3.4	DES LOGIQUES QUI S'ARTICULENT	409
9.2.4	<i>AU NIVEAU DES RESPONSABLES : DES LOGIQUES QUI SERVENT LA PRODUCTIVITE..</i>	410
9.2.4.1	LE RECOURS AUX REGLES PRAGMATIQUES	411
9.2.4.2	LE SOUPÇON DE FRAUDE AU SERVICE DE LA PRODUCTIVITE.....	413
9.2.4.3	LA LOGIQUE SOCIALE AU SERVICE DE LA PRODUCTIVITE.....	413
9.2.4.4	UNE RECHERCHE DE PRODUCTIVITE QUI SUPPLANTE LE RESTE.....	414
9.3	DES EFFETS SUR L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS	416
9.3.1	<i>UNE PRESTATION SPECIFIQUE MAL CONNUE DES AGENTS D'ACCUEIL</i>	417
9.3.2	<i>LA MULTIPLICATION DES RETOURS</i>	420
9.3.3	<i>DES SOUPÇONS DE FRAUDE</i>	423
9.3.4	<i>DES RETARDS DE DROITS</i>	425
	CONCLUSION	426
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.....		429
CONCLUSION GENERALE		433
BIBLIOGRAPHIE.....		446
ANNEXES		466

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACS	Aide à la complémentaire santé
AMD	Aide médicale départementale
AME	Aide médicale d'Etat
AMH	Aide médicale hospitalière
AMU	Assurance maladie universelle
CAF	Caisse d'allocation familiale
CAFA	Dossier suspecté de fraude
CAFPRO	Logiciel permettant d'accéder aux aides attribuées par la CAF
CAI	Contrat d'accueil et d'intégration
CAM	Conseiller de l'Assurance maladie
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COG	Convention d'objectif et de gestion
COR	Rubrique correspondance
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CSP	Coordination des sans-papiers

DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction des recherches études, évaluations et statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EAEA	Entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement
ENA	Ecole nationale d'administration
ETP	Equivalent temps plein
FSUV	Fond des soins urgents et vitaux
GDB	Gestion de droits des bénéficiaires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LR	Lettre réseau
NGP	Nouvelle gestion publique
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
NPAI	N'habite pas à l'adresse indiquée
NPM	New public management
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OSCARR	Logiciel de gestion comptable et financière des ressources humaines de la CPAM
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PML	Plan de maîtrise local
PSA	Pôle service assurés
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
SDI	Schéma directeur immobilier
TAM	Technicien de l'Assurance maladie

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Plan du département de l'accès aux soins de la CPAM des Champs	48
Figure 2 : Plan de l'accueil du centre des Aubépines	54
Figure 3 : Plan de l'accueil du centre du Parc	55
Figure 4 : Plan de l'accueil du centre des Tourelles	56
Figure 5 : Généralisation de la protection maladie de 1893 à 2004	76
Figure 6: Accueil de l'hôpital de St-Gratien	119
Figure 7 : Cheminement d'une demande d'AME	183
Figure 8 : Application d'une réforme au sein de l'Assurance Maladie	192
Figure 9 : Organigramme du département de l'accès aux soins	193

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des possibilités de recours à la CMU-C, la CMU de base, à l'AME et aux FSUV	102
Tableau 2 : Tableau de bord de pilotage « gestion du dossier client assuré »	325

TABLE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Disparités territoriales en matière d'aide médicale	78
Encadré 2 : Le parcours d'obtention d'AME de Samba : un cumul de difficultés	124
Encadré 3 : Extrait de la circulaire Valls du 28 novembre 2012	151
Encadré 4 : Possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie des étrangers en situation irrégulière	225
Encadré 5 : Une évaluation des dépenses non soupçonneuse à l'accueil	247
Encadré 6 : Quand un retard jette le discrédit sur un usager	253

Encadré 7 : L’entretien AME dans les centres d’accueil : un outil improductif pour le service AME	255
Encadré 8 : Article 23 de la loi du 24 juillet 2006	279
Encadré 9 : Crise de l’Etat social : profil sociologique des auteurs	302
Encadré 10 : Exemple de la mise en œuvre d’un partenariat	311
Encadré 11 : Le tri du courrier au service AME	320
Encadré 12 : Quantifier pour accroître sa production : l’exemple de l’audit des Bleuets.....	322
Encadré 13 : Les dossiers pour « soins urgents et vitaux ».....	404
Encadré 14 : Instruction d’une demande d’AME.....	406

INTRODUCTION GÉNÉRALE

27 juillet 1999. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est instaurée en France. Réservée aux personnes ayant de faibles ressources, elle permet leur prise en charge à 100% par l'Assurance maladie, sans qu'elles aient à cotiser ou à faire l'avance des frais. La création de cette prestation prend place dans un contexte général de lutte contre l'exclusion. Elle vise à combattre les processus de renoncement aux soins et les inégalités sociales de santé qui ont été fortement dénoncés par plusieurs rapports et associations de lutte contre la pauvreté (Frotiée, 2004). Bien que la CMU-C soit unanimement perçue comme une avancée sociale, la loi qui la fonde est, elle, contestée par de nombreuses associations, parce qu'elle conditionne son octroi à la régularité du séjour. Les associations dénoncent ainsi l'inégalité de traitement instaurée par cette loi et qui distingue d'un côté les Français et les étrangers en situation régulière, et de l'autre les étrangers en situation irrégulière. Pour accéder aux soins, ces derniers disposent désormais d'une prestation particulière : l'aide médicale d'Etat (AME). Cette dernière ne s'adressant qu'aux étrangers en situation irrégulière, les associations craignent qu'elle stigmatise ses bénéficiaires et engendre des traitements différentiels, voire des discriminations. Le fait que cette prestation dépende d'un système à part, l'Aide sociale, plutôt que de la Sécurité sociale est également critiqué.

Novembre 2007. Oumar, un français d'origine malienne, entreprend des démarches pour obtenir l'aide médicale d'Etat (AME) pour son père, Gollé, qui est en situation irrégulière et souffre de diabète. L'AME permettra de prendre en charge la totalité de son traitement, qui pèse actuellement lourdement sur les finances de la famille. Bien que son père ait déjà pu bénéficier de l'AME par intermittence, c'est la première fois qu'Oumar s'en occupe, et il ne sait pas trop comment procéder. Sur les conseils d'un ami, il se rend tout d'abord dans une association humanitaire habilitée à constituer des dossiers d'AME. Cette dernière lui donne la liste des justificatifs nécessaires et l'oriente vers deux centres de Sécurité sociale de la ville. Une fois là-bas, un agent explique à Oumar qu'il ne peut pas déposer sa demande dans ce département puisque son père est domicilié dans un autre (à l'adresse de son fils). L'agent oriente ainsi Oumar vers le centre d'Assurance maladie le plus proche de chez lui, d'où il est à nouveau renvoyé vers une autre structure : dans ce département, les demandes d'AME ne sont traitées que par les permanences de la Sécurité sociale situées dans les hôpitaux et non pas dans les centres d'Assurance maladie. Fatigué d'être ballotté d'un endroit à l'autre sans solution, Oumar attend un peu avant de recommencer ses démarches. Quelques semaines plus tard, lorsqu'il se rend dans l'une des permanences indiquées, il apprend que la présence de

son père est obligatoire pour déposer le dossier. Une semaine plus tard, Oumar et Gollé se présentent à 11h à la permanence. L'agent leur répond alors qu'il ne peut pas les recevoir car il a déjà traité une trentaine de dossiers d'AME dans la matinée et que cela est suffisant pour la journée. Tous deux reviennent la semaine suivante, un peu plus tôt. Le dossier est alors constitué et envoyé à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Un mois plus tard, Gollé reçoit son attestation d'AME. En bas du papier, il est stipulé en italique que s'il a menti sur sa situation et ses ressources, il sera poursuivi et devra rembourser tous les frais engagés.

Le parcours d'obtention de l'AME de Gollé et Oumar présenté ici est loin d'être anecdotique. Il est même plutôt représentatif d'une expérience vécue par de nombreux étrangers en situation irrégulière qui, en cherchant à obtenir une couverture maladie, rencontrent de nombreux obstacles. A travers une longue enquête ethnographique des deux côtés du guichet, cette thèse vise à comprendre les mécanismes qui produisent des difficultés d'accès aux soins, et à explorer l'accueil qui est réservé aux étrangers en situation irrégulière. Comment les agents de l'Etat social perçoivent-ils ces personnes ? Les traitent-ils différemment des autres usagers ? Le fait que ces étrangers soient en situation irrégulière joue-t-il dans les catégorisations des agents et les décisions qu'ils prennent ?

Etonnement de départ

Au départ de cette thèse, un ovni (ou du moins ce que notre regard de novice perçoit ainsi) : l'aide médicale d'Etat. Une couverture maladie réservée aux étrangers en situation irrégulière et payée par l'Etat. Premier paradoxe : cette prestation nationale, reconnue et délivrée par l'Etat s'adresse à (et donc reconnaît) des personnes qui n'ont pas le droit d'être sur le territoire français. Cela signifie que des personnes qui ne sont pas supposées être en France – et dont l'Etat dit refuser la présence – sont protégées par ce même Etat, et ce gratuitement. De plus, cette couverture leur est réservée, ce qui à nos yeux est encore plus étrange. Elles ne sont pas englouties dans la masse, mais sont bien reconnues comme des personnes ayant droit à une couverture maladie en tant que sans-papiers. Enfin, cette prestation n'est pas répressive mais ouvre des droits sociaux, leur permettant une certaine intégration. Second paradoxe : des étrangers non autorisés à vivre en France doivent faire des démarches auprès d'instances administratives représentantes de l'Etat, à qui ils donnent leur adresse de domiciliation ainsi que des informations sur leurs modes de vie et leurs ressources. Des agents de l'Etat social doivent alors gérer leur demande et étudier leur situation administrative pour les orienter vers l'AME ou la CMU.

La première fois que nous entendons parler de l'AME, c'est à travers l'histoire d'Oumar, que nous connaissons personnellement. Français, ce dernier a néanmoins grandi au Mali. Plusieurs de ses amis d'enfance viennent s'installer en France, devenant des « sans-papiers » une fois les trois mois du visa dépassés. Les conversations avec Oumar nous baignent alors dans cette réalité de l'immigration : la question des papiers et les difficultés rencontrées aux guichets des administrations, notamment pour obtenir l'AME. Mais nous découvrons aussi que, malgré tout, ces personnes travaillent, vivent sans forcément se cacher, circulent dans le pays et payent des impôts. On est ainsi bien loin de l'image fantasmée du « sans-papiers » que l'on pouvait avoir auparavant. Le décalage entre cette réalité et les discours politiques sur les nécessaires reconduites à la frontière nous surprend. D'un côté, nous constatons une politique chiffrée des reconduites, de l'autre nous avons l'AME.

Dans un deuxième temps, ce sont des lectures sur l'AME qui nous interrogent. Le rapport de Didier Fassin et al. (2001), la thèse d'Estelle Carde (2006a) et les rapports d'associations spécialisées dans la santé des étrangers comme le Comede¹ ou Médecins du Monde pointent tous du doigt les difficultés à obtenir cette prestation, alors même que les personnes en remplissent les conditions. Tous expliquent également ces difficultés par des dysfonctionnements des CPAM. Dans son rapport pour l'année 2006, par exemple, le Comede note que 93% des obstacles à l'accès aux soins relèvent de dysfonctionnements de la Sécurité sociale. Toujours selon ce rapport, certaines CPAM présentent des taux records de « dossiers perdus », d'autres exigent des « preuves de séjour irrégulier » pour instruire des dossiers d'AME ou imposent des formulaires à remplir en supplément. Les études de Didier Fassin et al. (2001) et d'Estelle Carde (2006a) constatent également que certaines difficultés sont dues à une méconnaissance de la loi de la part des agents, mais aussi à des discriminations. La délivrance d'une prestation sociale à des étrangers en situation irrégulière ne semble ainsi pas tellement aller de soi pour les agents de l'Assurance maladie qui ont l'air d'ériger des contraintes à son obtention.

Ces différents rapports nous incitent alors à regarder du côté des CPAM et de leurs agents pour expliquer les obstacles rencontrés par les demandeurs pour faire reconnaître leurs droits. Cet ensemble de contraintes relevées par les demandeurs, les associations et les chercheurs pose en fait la question de l'accessibilité aux droits et, par là-même, du non-recours. Pour Philippe Warin (2012), « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait

¹ Le Comité médical pour les exilés (Comede) est une association reconnue qui travaille depuis 1979 à la promotion de la santé des exilés. Elle est l'un des membres actifs de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE).

prétendre ». Il en définit trois types : la non-connaissance (la couverture n'est pas connue), la non-demande (la prestation est connue mais non demandée) et la non-réception (elle est connue, demandée mais non obtenue). Le fait d'avoir droit légalement à une couverture maladie, ne signifie pas, en effet, qu'il est aisé de l'obtenir.

Les recherches sur les inégalités sociales de santé distinguent à ce propos l'accessibilité et la possibilité de soins (l'accès primaire) de la façon dont ces derniers sont réalisés (l'accès secondaire). Plus précisément, le fait de pouvoir bénéficier d'une couverture maladie, celui d'avoir accès à un médecin (déserts médicaux) qui accepte également de nous recevoir (refus de soins) relèvent de l'accès primaire. L'accès secondaire concerne quant à lui la qualité des soins, c'est-à-dire la manière dont ils sont délivrés et l'égalité de traitement des patients quelles que soient leur appartenance sociale ou leur origine (Pascal et Lombrail, 2005).

En France, l'accès théorique aux soins est garanti par les mutuelles et les dispositifs de l'AME et de la CMU-C. Mais pour qu'il y ait accès réel, il faut que ceux pour qui est prévue une prestation arrivent à l'obtenir. Ce sont ces difficultés d'accès primaire aux soins et de non-réception que nous allons étudier dans cette thèse. Là où les études sur le non-recours se sont jusqu'à présent plutôt intéressées aux ressentis et trajectoires des patients, aux raisons invoquées par les médecins ou aux politiques sociales mises en place pour lutter contre ce phénomène (Revil, 2015), notre thèse se focalise sur les mécanismes qui peuvent contribuer à produire de la non-réception au sein de l'Assurance maladie. En ce sens, elle interroge les raisons à la fois individuelles, organisationnelles et structurelles qui peuvent engendrer des difficultés d'accès à l'AME.

Pour cela, elle cherche à traiter conjointement deux séries de questions soulevées par les travaux de D. Fassin et al. (2001), E. Carde (2006a) et le Comede (2006) :

- Les agents ont-ils des préjugés à l'égard des étrangers en situation irrégulière ? Ceux-ci influencent-ils leurs décisions ? Engendrent-ils des discriminations directes ?
- Quels dysfonctionnements constatons-nous dans les caisses ? Comment les expliquer ? Quelle est la part de la méconnaissance réglementaire des agents là-dedans ? Quels peuvent être les effets de l'organisation du travail dans les CPAM et de la formation des agents sur l'accès aux soins ?

Répondre à ces questions implique de s'intéresser à la fois au fonctionnement de l'AME et à ses spécificités, aux préjugés que les agents ont des demandeurs, de questionner leur marge de manœuvre (peuvent-ils influencer les décisions ?) et de prendre en compte l'organisation du travail dans les caisses et la formation de ces agents.

Pour cela, nous avons décidé de mener une enquête auprès des agents au sein d'une CPAM (cf. méthodologie infra). Or, ce terrain va faire émerger une nouvelle série de questionnements qui vont venir complexifier notre problématique de départ. En effet, après la découverte de l'AME et nos lectures, c'est le terrain qui nous surprend, en mettant à l'épreuve nos préjugés, les résultats des rapports, mais aussi les interprétations que les demandeurs font du traitement qui leur est réservé. Lorsque nous effectuons notre premier terrain dans le service d'instruction des dossiers d'AME d'une CPAM, nous pensons voir à l'œuvre des processus de discrimination. Avant de partir, nous avons émis l'hypothèse que les agents traitaient différemment les dossiers des personnes en fonction de leur origine, de leur sexe ou de leur âge. Sur place, cette hypothèse s'avère erronée, nous ne retrouvons pas de processus de catégorisation au sein du service AME. C'est plutôt l'organisation managériale du travail qui semble orienter les décisions en obligeant les agents à aller vite pour être plus productifs. Dans un second temps, nous nous rendons dans des centres d'accueil où les agents sont cette fois-ci au contact direct des demandeurs. Ils traitent également toutes sortes de demandes (assurance maladie, CMU-C, AME), contrairement aux premiers agents observés. Nous pensions que la mixité du public pouvait générer plus de catégorisations de la part des agents, et que ces derniers pouvaient percevoir moins favorablement les demandeurs de l'AME. A nouveau notre hypothèse se révèle erronée : les demandeurs de l'AME sont, au contraire, particulièrement appréciés dans les accueils où ils font figure d'usagers modèles. Cela n'empêche pas toutefois les agents d'être particulièrement soupçonneux envers eux. C'est d'ailleurs une constante de nos observations : le soupçon de fraude est présent dans tous les services, et s'applique plus fortement à l'égard des demandeurs de l'AME, bien que les agents ne semblent pas les considérer comme moins légitimes ou plus suspects que d'autres. Comment ce soupçon peut-il s'exprimer aussi clairement alors que les agents sont supposés être neutres et servir une mission sociale d'ouverture des droits, tout autant qu'une mission de contrôle ? Comment se fait-il qu'il soit plus fort à l'égard des étrangers ? Est-ce qu'il concerne l'ensemble des étrangers ou des distinctions statutaires ou ethnicisées sont-elles faites au sein de ce groupe ? Que permet le recours au soupçon ? Quels usages les agents en font-ils ? Ce soupçon génère-t-il des difficultés d'accès aux soins ? Ou est-ce plutôt l'organisation du travail qui les génère ? Ou les deux ? Ces deux éléments s'articulent-ils ? Se renforcent-ils ? S'annulent-ils ?

Ces observations, confrontées à nos lectures, font ainsi émerger deux nouvelles hypothèses : celle des effets du travail et de ses mutations sur l'attribution de la prestation et celle du sens du recours à une logique de soupçon. Autrement dit, a) l'évolution du travail et de son management exerce un effet majeur sur le traitement des dossiers de demandes d'AME, b) les

agents recourent au soupçon pour donner un sens à leur travail. Ces deux hypothèses vont être traitées conjointement et articulées dans la thèse. Nous allons toutefois les dérouler tour à tour ici pour mieux les présenter et comprendre dans quels débats scientifiques elles se positionnent.

Comment l'origine peut-elle entrer en compte dans le travail d'attribution ?

La santé des migrants : un nouveau champ de recherche

Jusqu'au milieu des années 1990, les recherches françaises en sciences humaines et sociales s'intéressent peu à la santé des migrants, alors que ce sujet est abordé depuis plusieurs années dans d'autres pays. La santé des migrants est alors le domaine des épidémiologistes, des psychologues et des médecins, soit des spécialistes du corps, de l'esprit ou de la statistique sanitaire. Ces études perçoivent les immigrés comme un groupe qui risque d'importer des maladies en France, mais aussi comme un groupe qu'il faut prendre en charge de manière spécifique (Fassin, 2000c). Les inégalités de santé constatées entre les immigrés et la population générale sont expliquées par des facteurs génétiques ou culturels plutôt que sociaux. Les causes du saturnisme sont ainsi cherchées dans les pratiques culturelles des familles africaines dont les enfants constituent la majorité des malades. Or, on sait maintenant que le saturnisme est causé par une intoxication au plomb contenue dans les peintures qui s'écaillent dans les logements insalubres (Naudé, 2000).

Le modèle républicain limite également le développement de recherches sur la santé des migrants en empêchant de distinguer cette population dans les études pour éviter des dérives racistes ou xénophobes. Les statistiques ethniques sont ainsi interdites en France et la collecte de la nationalité ou du pays de naissance est strictement encadrée. Le statut administratif (en situation régulière ou irrégulière) des patients est également rarement renseigné. Tout au mieux leur nationalité et leur pays de naissance sont-ils indiqués. La nationalité ne permet néanmoins pas de savoir si les personnes sont « immigrées » : les catégories « immigrés » et « étrangers » (c'est-à-dire les personnes non françaises) ne se recoupent pas : certaines personnes de nationalité française peuvent également être des immigrées (c'est-à-dire être nées à l'étranger de parents non français et avoir pu acquérir ou non la nationalité française par la suite). Les chercheurs ne peuvent donc étudier la particularité des trajectoires des immigrés à partir de ces éléments.

De plus, même lorsque la nationalité et le pays de naissance sont renseignés, les autorités sanitaires et politiques hésitent à publier ces données de peur qu'elles soient utilisées à des fins xénophobes ou qu'elles stigmatisent encore plus les étrangers. Ce fut le cas notamment

avec les chiffres du sida. Cette maladie ayant été présentée au départ comme une maladie d'importation et les étrangers comme un « groupe à risque », les autorités ne souhaitaient pas diffuser des statistiques attestant d'un fort taux d'étrangers au sein de la population contaminée (Fassin, 1999 ; Gilloire, 2000). Cette attitude favorise, néanmoins, les préjugés xénophobes ou racistes en maintenant la méconnaissance sur la réalité des conditions de vie de ces personnes mais aussi sur celle du dépistage et des traitements auxquels les immigrés ont moins facilement accès (Lot, 2000). Elle contribue ainsi à faire perdurer les explications génétiques et culturalistes plutôt que celles en termes d'inégalités sociales et de discrimination. En voulant éviter la stigmatisation de ces populations, les pouvoirs publics empêchent finalement de mettre au jour les inégalités dont les immigrés sont victimes.

Enfin, le faible intérêt pour les recherches sur la santé des migrants s'explique aussi par le fait que les chercheurs français eux-mêmes pensent que la surexposition de ces personnes à certaines maladies s'explique par leur position sociale défavorisée (en termes de travail, de revenus, d'éducation et de logement notamment) plutôt que par leur « origine ». Leurs moins bons états de santé et niveaux d'accès aux soins seraient ainsi représentatifs de la situation des classes défavorisées. La question des effets de l'origine, de la xénophobie, du racisme et des discriminations sur les trajectoires de soins et la santé est ainsi complètement évacuée (Fassin, 1998).

Face à l'inertie des administrations sanitaires, ce sont finalement les enquêtes réalisées à partir des données récoltées par les associations recevant des patients immigrés qui vont permettre de mettre en avant le fait que certaines maladies comme la tuberculose, le sida, l'hépatite ou encore les troubles psychiatriques post-traumatiques touchent particulièrement ces personnes. Ces enquêtes montrent également que ce public recourt plus tardivement aux soins, est dépisté plus tard et essuie plus de refus de soins (Mizrahi et Mizrahi, 2000 ; Fassin et al., 2001).

Un champ de recherche en anthropologie et en sociologie sur la santé des migrants se constitue alors à partir des années 1990. Didier Fassin ouvre ce domaine avec d'autres chercheuses associées au Centre de recherches sur les enjeux contemporains en santé publique (Cresp) : Estelle Carde, Laurence Kotobi et Sandrine Musso.

Des travaux du même ordre démarrent également un peu plus tard au sein de l'Urmis autour des recherches de Marguerite Cognet (2001, 2002, 2012 et 2013), puis de masterantes et doctorantes comme Sandra Bascougnano (2009), Priscille Sauvegrain (2010), Emilie Adam-Vézina (2015), Rosane Braud (2007), Nanette Paz Liberona Concha (2012) et nous-mêmes (2008).

En parallèle, des recherches se développent aussi autour de la santé mentale avec les recherches de Richard Rechtman (2000) et Stéphanie Larchanché (2010), et dans d'autres domaines des sciences humaines, comme la géographie avec les travaux d'Anne-Cécile Hoyez (2011, 2012, 2015a et 2015b), ou encore l'économie avec ceux de Florence Jusot et al. (2008) ou Caroline Brechet et Florence Jusot (2012) et de Jean-Marie André et Fabienne Azzedine (2016).

Ces travaux permettent de mettre en exergue les inégalités de santé propres aux immigrés : bien qu'ils présentent un meilleur état de santé que la population française à leur arrivée en France, cette situation s'inverse au fur et à mesure de leur durée de résidence en France, leur état de santé se dégradant avec le temps (Cognet et al., 2014). A travers des recherches qualitatives et quantitatives, les chercheurs interrogent le poids de l'origine dans ces inégalités de santé : les immigrés sont-ils traités différemment parce qu'étrangers ou parce que renvoyés à une origine particulière ?

Ces recherches vont montrer que les étrangers rencontrent des inégalités tout au long de leur parcours d'accès aux soins. Elles s'intéressent tout d'abord à la question de l'accès primaire, c'est-à-dire à la possibilité théorique mais aussi pratique d'obtenir une couverture maladie et aux différences de protection qui existent entre Français et étrangers. Les recherches montrent que les étrangers en situation irrégulière sont traités différemment du reste de la population puisqu'ils dépendent d'une couverture maladie particulière. Cette distinction a des conséquences en termes d'inégalité de santé puisque l'AME rembourse moins de soins que la CMU-C, que les bénéficiaires de l'AME rencontrent plus de difficultés à obtenir leur couverture maladie (Mizrahi et Mizrahi, 2000 ; Fassin et al., 2001 ; Carde, 2006a) et qu'ils font plus souvent l'objet de refus de soins (Médecins du Monde, 2006). Tandis que la question du statut attribué aux bénéficiaires de l'AME et des différences entre cette prestation et la CMU-C a été largement traitée, l'attribution de l'AME par les agents des caisses primaires d'assurance maladie n'a, à notre connaissance, fait l'objet d'aucune recherche.

Par la suite les études sur la santé des migrants se sont intéressées à l'accès secondaire aux soins, c'est-à-dire à la qualité des soins dispensés. Elles ont montré que les étrangers – ou les personnes catégorisées comme tels –, et en particulier les étrangers repérés comme provenant des territoires anciennement colonisés, ne bénéficient pas forcément des mêmes traitements ni de la même prise en charge clinique que les patients catégorisés comme français (Bascougnano, 2009 ; Cognet, 2012 ; Sauvegrain, 2012), qu'ils sont moins pris en compte lors des essais thérapeutiques (Cognet, Bascougnano et Adam-Vézina, 2009) et qu'ils sont parfois orientés vers des consultations spécifiques, supposées plus adaptées à leurs « différences culturelles » (Kotobi, 2000 ; Rechtman, 2000).

Ces différents travaux ont permis de mettre en évidence l'existence de figures racisées ou ethnicisées de patients au sein des hôpitaux français, et plus généralement de l'ethnicité dans le milieu médical : c'est-à-dire que les patients sont appréhendés par les médecins selon une origine supposée, que cette dernière soit ethnique (les médecins les renvoient à des pratiques culturelles supposées propres à leur culture) ou raciale (les médecins leur imputent des différences physiques ou mentales génétiques). Ces catégorisations peuvent mener à des traitements différentiels, voire discriminatoires.

Les discriminations selon l'origine : un cadre conceptuel

Pour appréhender les inégalités entre Français et migrants ou étrangers, la plupart des chercheurs travaillant sur la santé des migrants se sont appuyés sur le concept de « discrimination selon l'origine », déjà développé par les recherches sur l'éducation, le travail ou le logement (De Rudder et al., 2000). S'inspirant des travaux de Danièle Lochak (1987), Estelle Carde définit les discriminations comme « des traitements (et non simplement des intentions) différentiels (entendus le plus souvent au sens de défavorables) et illégitimes. Cette illégitimité s'évalue au regard du droit (traitements illégaux) et de la société (traitements considérés comme socialement inacceptables) » (2007 : 100). Pour qu'on puisse qualifier un traitement de discriminatoire, il faut donc qu'il y ait eu un acte (et pas seulement une intention), que ce dernier engendre une inégalité, et que le critère pris en compte, pour distinguer les personnes entre elles, soit considéré comme illégitime. C'est ce dernier point qui est le plus délicat à qualifier et à étudier puisque la légitimité n'est pas définie clairement mais fait l'objet de consensus sociaux qui peuvent évoluer et qui ne sont pas forcément partagés par l'ensemble des groupes sociaux.

La discrimination est ainsi à distinguer du « traitement différentiel ». On parle de traitement différentiel lorsqu'une différence de traitement est constatée, mais que ce dernier n'est pas forcément qualifié de discriminant (le critère retenu n'est pas illégitime), ni même d'inégalitaire. Pour qu'on puisse parler d'inégalité, il faut que le traitement différentiel ait des effets défavorables en termes de santé ou d'accès aux soins (Fassin et al., 2001) ou encore qu'il ne soit pas fondé en regard des examens cliniques (Cognet, 2012).

Comme nous l'avons vu, par « origine » il faut entendre différents éléments : la nationalité, le statut juridico-administratif (être en situation irrégulière) ou l'origine qui peut être réelle comme supposée (elle est attribuée du fait d'une ascendance, d'un phénotype, d'un accent, d'un style vestimentaire, etc.). On parle alors de discriminations ethniques ou raciales.

Dans son travail de thèse Estelle Carde (2006a) distingue parmi les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, des discriminations directes et indirectes. Dans les premières, c'est la qualification de la personne en « Autre » qui engendre un traitement différentiel (Guillaumin, 2002 [1972] ; Carde, 2006b). Cette catégorisation peut se focaliser sur une différence perçue autour de la couleur de peau, l'âge, la religion, l'état de santé, etc. C'est la perception de cet attribut qui engendre un traitement différentiel. L'acte perceptif (la catégorisation) et l'acte discriminatoire sont ainsi liés. Ces actes peuvent être qualifiés de discriminatoires puisque la catégorisation qui les entraîne porte sur un élément considéré comme illégitime au sens où il ne devrait pas interférer dans la prise en charge parce qu'il n'a pas d'incidence en matière de santé.

A l'inverse, les discriminations indirectes « sont définies comme des mesures qui s'avèrent affecter une proportion significativement plus élevée des membres d'un groupe particulier, caractérisé par des attributs tels que la nationalité ou la couleur de peau par exemple, alors qu'elles sont apparemment neutres par rapport à ces attributs. Ces discriminations indirectes sont dites systémiques quand elles sont secrétées par des logiques structurelles, en particulier via des dysfonctionnements institutionnels, indépendamment de l'intentionnalité discriminatoire des personnes qui pourtant les mettent en œuvre » (Carde, 2007 : 100). La discrimination n'est pas produite ici par l'acteur, mais introduite par une histoire longue dans le système social et reproduite sans autre forme de procès que ce soit dans le quotidien des rapports sociaux, dans les institutions, ou encore par le fonctionnement de l'administration et par ses routines².

E. Carde relève deux processus à l'œuvre dans les discriminations directes. Un processus de délégitimation tout d'abord : dans le cas de l'accès aux soins, la personne n'est pas perçue comme totalement légitime à être prise en charge par les personnes qui doivent justement mettre en œuvre cette prise en charge (personnel médical et paramédical, agent en charge de la délivrance de l'AME, etc.). Estelle Carde prend l'exemple du bénéficiaire de l'AME pour illustrer ce processus, nous y reviendrons dans le point suivant.

Le deuxième processus qui peut susciter des discriminations directes est celui de la différenciation. La personne est ici perçue comme agissant différemment du fait de ses attributs sociaux (son origine nationale, son origine sociale, sa pauvreté, etc.). Nous ne sommes plus dans l'idée de légitimité mais dans celle de différence, de besoins différents des autres patients, mais aussi de comportements différents. Du fait de leur précarité, de leur culture ou de leur manque de ressources, les patients peuvent être perçus comme agissant

² Les inégalités salariales persistantes entre les hommes et les femmes constituent bon exemple de discrimination systémique.

différemment et nécessitant des traitements différents. E. Carde reprend l'exemple de l'ethnopsychiatrie qui pose le patient comme intrinsèquement différent sur le plan culturel. La prise en charge habituelle ne peut répondre à ses besoins en raison de l'incompréhension culturelle, et il est, dès lors, orienté vers des structures particulières. Même si ces choix peuvent être le fruit de bonnes intentions, E. Carde remarque que ces orientations peuvent tout de même être qualifiées de discriminatoires, quand elles s'imposent aux patients, et deviennent ainsi le chemin désigné pour toute personne d'origine étrangère. Les patients attendent dès lors plus longtemps que les autres pour être reçus, puisque ces structures sont peu nombreuses et se retrouvent surchargées par ces orientations automatiques.

Les recherches d'Estelle Carde (2006a) et de Didier Fassin et al. (2001) ont ainsi conceptualisé la question des discriminations selon l'origine. Elles ne permettent néanmoins pas d'expliquer l'ensemble des processus derrière ces discriminations. Elles n'explorent pas non plus les différentes postures des agents face à ces discriminations : tous les agents mettent-ils en place des pratiques discriminatoires ? Y recourent-ils à tout moment ? A quoi répondent ces pratiques dans leur exercice professionnel ? A quel niveau se fabriquent ces traitements différentiels ? Sont-ils le fait d'un individu, d'un service ou de l'institution ?

Notre thèse vise ainsi à compléter ces données, qui ont été récoltées principalement par entretiens, et à réinterroger ces résultats, en réalisant une enquête par observation au sein d'une CPAM (cf. méthodologie infra). Cela nous permettra d'expliquer les processus à l'origine des difficultés rencontrées par les étrangers en situation irrégulière : si discriminations il y a, dans quels mécanismes s'intègrent-elles ? Qu'est-ce qui les génère ? Pour comprendre cela, il nous faut explorer les études sur les administrations et notamment sur la relation de guichet.

La piste du pouvoir discrétionnaire

Interroger l'incidence des préjugés des agents de l'Assurance maladie sur l'accès aux droits des étrangers pose en creux la question du pouvoir discrétionnaire et du racisme ou de la xénophobie au guichet. Comme l'ont montré les études sur la relation de guichet et les street-level bureaucrats³, les agents en contact avec le public jouissent d'une certaine marge de

³ Ce terme, défini par Michael Lipsky (2010) désigne les agents de base des administrations et des services publics qui sont au contact du public. Il permet d'analyser ensemble des métiers très différents (tels qu'un policier, un juge, un médecin ou encore un professeur) mais qui ont néanmoins pour dénominateur commun d'être en contact avec le public et de jouir ainsi d'un certain pouvoir discrétionnaire. Les qualifier de street-level bureaucrats permet de les étudier conjointement, malgré la variation de leur position sociale, des compétences techniques mobilisées, ou de leur niveau d'études. Nous ne reprendrons pas particulièrement ce terme car notre étude porte autant sur les agents de guichet que sur ceux du back-office qui, n'étant pas en contact avec les

manœuvre dans l'application du règlement, c'est-à-dire ce que l'on appelle un pouvoir discrétionnaire. Ce dernier s'explique par le fait que les indéterminations des règles, qui ne prennent jamais en compte tous les cas particuliers, laissent une capacité d'interprétation aux agents. Même si le législateur tente de limiter cette capacité en multipliant les réglementations et en édictant des règles claires et précises, les agents conservent malgré tout toujours une marge de manœuvre. Ces tentatives peuvent même avoir tendance à l'accroître, comme le note Gilles Jeannot : « Plus les règles sont multiples, plus il en résulte des espaces de contradiction qui appellent une appréciation de l'agent. Mais surtout, plus elles sont nombreuses, moins il est possible de les appliquer toutes et plus l'agent peut choisir » (1998 : 38). Ainsi, les agents n'appliquent pas des règlements, mais ils les mettent en œuvre, et peuvent alors interférer sur l'issue du dossier.

Néanmoins, il ne faut pas aborder le pouvoir discrétionnaire comme un élément uniquement négatif qu'il faudrait voir disparaître. La marge de manœuvre n'engendre pas que des inégalités de traitements : elle permet aussi aux agents, comme aux usagers de mobiliser des ressources pour faire aboutir la demande. Les enquêtes ont d'ailleurs montré que le pouvoir discrétionnaire était nécessaire au bon fonctionnement des administrations, comme le rappelle Gilles Jeannot : « L'application rigoureuse de la loi ou des règlements conduit dans de nombreux cas à des absurdités ou à un blocage du système. L'application d'une partie seulement de la règle et la capacité de fermer les yeux sur l'autre est souvent le seul moyen de retrouver la finalité recherchée par ceux qui ont défini cette règle. La discrétionnarité est aussi une des dimensions de la qualité de service rendu ou de l'action publique : elle correspond à l'humanité attendue dans toute relation de face à face » (1998 : 38). L'existence de ce pouvoir discrétionnaire peut toutefois déboucher sur des dérives en contradiction avec l'esprit du service public, comme lorsqu'il permet à des pratiques racistes et inégalitaires de se développer. Ce « risque » bien qu'étant pointé par les recherches (Jeannot, 1998) est néanmoins peu étudié en France. Les recherches en sciences sociales sur la relation de guichet n'ont en effet presque jamais abordé cette question en France (à l'exception du mémoire de Master de Mireille Eberhard, 2001).

Elles se sont d'abord intéressées aux dispositions sociales des agents pour voir si ces dernières entraînaient différentes manières de faire son travail et interféraient ainsi dans le traitement des demandes. Elles ont montré que la trajectoire sociale et professionnelle des agents orientait leur manière de faire leur travail et de penser leurs missions (Dubois, 1999, Siblot,

usagers, ne peuvent dès lors être qualifiés de street-level bureaucrates. Pour nous la marge de manœuvre ne s'exprime pas que dans ces relations de face-à-face, mais bien également, et tout autant, dans les décisions d'attribution.

2002, 2003 et 2006). Vincent Dubois (1999) parle à ce propos des « deux corps du guichetier », rappelant que les dispositions sociales des agents entrent également en ligne de compte dans leur manière d'effectuer leur travail. Les dispositions sociales de l'individu orientent ainsi les actions du professionnel, venant se loger dans le flou généré par la marge de manœuvre : « Ce flou permet une certaine latitude des agents d'accueil dans la définition de leur rôle, où interviennent très directement leurs dispositions personnelles les plus diverses (expériences, âges, préceptes moraux, etc.). Loin de l'idéal-type wébérien du bureaucrate exerçant son activité « sine ira et studio, sans haine et sans passion, de là sans "amour" et sans "enthousiasme" », les agents d'accueil témoignent souvent d'un fort engagement dans leur travail, au point que la personne prenne parfois le pas sur la fonction » (1999 : 3). Alexis Spire (2008) analyse à ce propos comment la trajectoire sociale et professionnelle influence la manière dont les agents des préfectures définissent leur mission et agissent au guichet, tout comme sur leurs perceptions des usagers. Yasmine Siblot (2005) s'est également intéressée au rapport que les classes populaires entretiennent avec les administrations en voyant comment le rapport social de classe les conditionne.

Ces recherches ont montré, à la suite des travaux de Michael Lipsky (2010) que les interactions sociales aux guichets sont nécessairement inscrites dans des rapports sociaux (de classe et de genre) que les routines quotidiennes de l'administration actualisent. Elles ne traitent par contre pas du rapport social de race.

D'autres études portant sur l'attribution d'aides sociales, comme celle de Sacha Leduc (2008), ont montré que les préjugés des agents à propos des bénéficiaires de l'aide sociale pouvaient orienter leur manière de percevoir les usagers et le type de relations qu'ils entretiennent aux guichets. Certains agents jugent ainsi les usagers et leurs démarches en fonction de l'idée qu'ils se font de l'attitude qu'ils devraient avoir en tant que pauvre, femme seule, étranger, assisté, etc. Ces enquêtes s'intéressent généralement plus aux figures de la pauvreté et n'interrogent pas forcément la question du racisme. Sacha Leduc (2008) ne traite pas de cette question, alors que les discours des agents qu'il relate usent pourtant de nombreuses catégories ethnicisées. Ces recherches nous intéressent néanmoins car elles mettent en avant les préjugés des agents et la façon dont ils influencent leurs catégorisations des usagers. Sacha Leduc (2008) montre ainsi que les agents ne réagissent pas de la même manière face aux usagers qu'ils ont classés en « bons » ou « mauvais » pauvres.

Ce sont finalement les travaux sur les administrations dédiées aux étrangers, comme les services des étrangers dans les préfectures, les cours d'asile ou les services de naturalisation, qu'ils incluent ou non un volet de recherche sur les relations de guichet, qui ont traité de la question des figures des étrangers et de leurs effets sur l'orientation des décisions. En

s'intéressant à la manière dont les agents produisent des frontières entre nationaux et étrangers, entre bons et mauvais étrangers (ceux qui méritent d'être régularisés ou nationalisés), ces études ont montré que des préjugés quant aux nationalités ou à des comportements ethnicisés pouvaient entrer en ligne de compte dans l'examen des dossiers et guider les décisions (Spire, 2005a et 2008a ; Mazouz, 2008 ; Greslier, 2007 ; Hajjat, 2010 et 2012 ; Gourdeau, 2014). Elles ont aussi dévoilé que ces choix découlaient de plusieurs logiques qui s'élaboraient en fonction d'intérêts divers (intérêts des administrations, intérêts géopolitiques, positions stratégiques et idéologiques des Etats) et qui entraient en concurrence (Spire, 2005a ; Jouanneau, 2009 ; Akoka, 2011), mais aussi en fonction de l'évolution des recrutements et des trajectoires sociales des agents (juges, hauts fonctionnaires, etc.) (Laurens, 2009 ; Akoka et Spire, 2013).

Dans son étude sur les guichets des préfectures, Alexis Spire (2008) montre que l'ensemble des agents étudiés, pourtant issus d'administrations différentes, adhèrent tous à une mission de maintien de l'ordre, qui se décline en lutte contre la fraude au nom de l'intérêt national. Il se demande comment se fabrique une telle cohésion idéologique alors même que les agents n'intègrent pas ces services par vocation. Selon lui, cette cohésion découle certes « en partie des représentations de l'immigration véhiculées par les personnalités politiques et les médias ; mais elle tient surtout à la capacité des personnels d'encadrement à faire adhérer des individus venus d'horizons différents à un ensemble de normes qui permettent d'orienter les pratiques autrement que par le droit » (Spire, 2008 : 42). Cette capacité est rendue possible par la formation sur le tas et par imitation des agents : ces derniers apprennent plutôt des savoirs pratiques – comment réagir face aux usagers et à régler des situations difficiles – que réglementaires. « L'adhésion au maintien de l'ordre national ne résulte donc ni d'une formation spécifique ni d'instructions écrites ; elle provient davantage d'un apprentissage quotidien de normes pratiques qui se diffusent au sein d'un même bureau et d'un service à l'autre » (Spire, 2008 : 46).

Pour A. Spire cet enrôlement des agents repose également sur des supports d'identification qui dépassent le cadre du travail : les agents sont ainsi influencés par les discours politiques et les représentations véhiculées par les médias qui contribuent à forger une vision du monde structurée autour d'une opposition « Nous » (les français)/ « Eux » (les étrangers). A. Spire note alors que la figure de l'étranger menaçant s'incarne depuis une dizaine d'années dans celle du fraudeur qui menace l'Etat social français. C'est ainsi « sur le mode de la lutte contre la fraude et de la préservation d'un modèle social que se formule la question de la défense des intérêts de l'Etat » (Spire, 2008 : 52) au niveau des guichets de l'immigration, mais que nous retrouvons également au sein des guichets de l'Assurance maladie.

Pour A. Spire (2016), la rhétorique du soupçon est ainsi élaborée par les acteurs politiques et est ensuite relayée au sein des administrations et de la société civile, par les médias notamment. Pour lui, cette rhétorique vient ainsi d'en haut (les acteurs politiques) et se diffuse du haut vers le bas à des agents administratifs qui « se trouvent ainsi enrôlés, souvent à leur corps défendant, dans une même croisade contre l'immigration irrégulière » (2016 : 30) et cherchent, pour certains, à y résister. Selon lui, cet « enrôlement » ne repose pas forcément sur des directives ou des instructions mais « passe plus insidieusement par une diffusion discrète de la logique de police à des mondes professionnels jusque-là restés indépendants des exigences relatives à la maîtrise des flux migratoires » (Ibid.). Et les professionnels « se convertissent à l'objectif de contrôle de l'immigration, par le biais d'une sensibilisation diffuse au thème de la fraude » (Ibid.), ce qu'il qualifie de « tentative d'enrôlement » qui génère des résistances de la part des professionnels et des syndicats.

Vincent Dubois (2010) parle à ce sujet de « ruse de la mise en œuvre ». Pour lui, cette ruse « consiste à conférer un rôle d'appréciation croissant aux échelons subalternes, à faire peser sur eux les contradictions des politiques gouvernementales, et ce faisant à leur confier un rôle qui peut s'avérer important dans la production *in concreto* de ces politiques et de leurs effets sur les populations concernées ». Selon cette idée, les politiques laisseraient ainsi de plus en plus d'autonomie aux agents de base pour qu'ils appliquent des règles qu'elles ne peuvent édicter car allant à l'encontre de nombreux traités internationaux. Selon V. Dubois, « le pouvoir discrétionnaire des agents de base oriente la politique de l'immigration en un sens plus répressif que ne le prévoient les textes, non du fait d'écarts incontrôlés mais parce que les pratiques administratives viennent réaliser ce qui ne peut être officiellement prescrit. Moins un « déficit » qu'une « ruse » de la mise en œuvre, donc ». (2010 : 278). Et si les agents « mettent [leur] autonomie au service d'une mission de maintien de l'ordre national avec ce qu'elle peut avoir de répressif [cela] ne tient pas à d'éventuelles prédispositions autoritaires ou racistes. Cela tient bien plutôt à l'organisation de leur travail et à la socialisation professionnelle. Plus que des règles formelles, ils apprennent ainsi des routines bureaucratiques favorisant le durcissement des attitudes et décisions à l'égard des étrangers » (Ibid).

A. Spire, de son côté, donne trois explications au développement d'une rhétorique de la fraude au sein de ces administrations. Premièrement, l'idée d'un sens qui permet aux agents « assignés à des tâches répétitives de s'investir dans leur travail au-delà de la simple obéissance » (Spire, 2008 : 52). Deuxièmement, la thématique de la lutte contre la fraude « est devenue un argumentaire fédérateur pour l'ensemble des agents impliqués dans les activités de contrôle et d'encadrement des populations relevant de l'Etat social » (Spire, 2008 : 53).

Enfin, grâce à cela les agents parviennent « à s'approprier un travail souvent répétitif et ingrat en l'inscrivant dans le cadre d'une croisade morale contre la fraude qui répond au souci de préserver l'ensemble des protections garanties par l'Etat » (Spire, 2008 : 62).

Cette rhétorique entraîne néanmoins une lecture plus rigoriste des textes et une moins grande souplesse à l'accueil. Même si A. Spire distingue trois groupes d'agents qui appliquent différemment les règles – les entrepreneurs de morale, les réfractaires et les pragmatiques – il note que les réfractaires, ceux qui s'opposent à cette croisade morale contre la fraude, sont beaucoup moins nombreux que les premiers qui, eux, s'y investissent. Il note également que les contraintes de rendement – la politique du chiffre – finissent par l'emporter sur toute autre considération entraînant également une lecture plus rigoriste de la réglementation.

A travers son étude, Alexis Spire invite ainsi à rompre avec la représentation commune d'agents de préfectures xénophobes ou adeptes de la répression. Il constate différents comportements. « Les variations de pratiques observables d'un agent à l'autre dépendent assez largement de la représentation que chacun se fait du métier, et donc de ses conditions de travail, de son ancienneté dans le poste et des ressources dont il dispose pour résister à certaines injonctions de la hiérarchie » (2008 : 66-67). Le travail d'A. Spire nous incite ainsi à creuser les pistes de la sociologie du travail pour comprendre les usages de la rhétorique du soupçon et de la lutte contre la fraude au sein des CPAM. Nous pouvons alors nous demander ce qui, dans l'organisation des pratiques administratives dans les CPAM, favorise une lecture soupçonneuse et rigoriste des dossiers ?

Nous pouvons à ce stade émettre plusieurs hypothèses quant à la prise en compte des préjugés essentialistes et au développement d'une rhétorique du soupçon au sein de l'Assurance maladie :

- Les pratiques des agents seraient influencées par le durcissement des politiques migratoires. Les modes de pensée fabriqués par ces politiques se diffuseraient à l'ensemble de la société ce qui expliquerait leur reprise par les street-level bureaucrats,
- Ces pratiques seraient le fait d'individus isolés et pourraient ainsi être qualifiées de discriminations directes : même si les recherches sur les relations de guichet vont peu dans ce sens, celles sur les discriminations dans l'accès aux soins le maintiennent,
- Les discriminations seraient institutionnalisées : l'institution elle-même mettrait en place des protocoles ou des pratiques discriminatoires,
- Les discriminations seraient des effets de système, provoquées par des routines administratives favorisant une lecture rigoriste des situations qui jouerait plus

particulièrement à l'encontre des étrangers. Dans ce dernier cas, nous pouvons nous demander pourquoi ces routines qui s'appliquent pourtant à tous seraient moins favorables aux étrangers ? Ce dernier questionnement nous ouvre la piste de l'enchevêtrement de différents niveaux de discriminations.

Les recherches sur les guichets de l'immigration ont montré que les agents mobilisaient différentes logiques administratives propres à leur institution, leur service ou à la manière dont ils définissent leur mission. Nous pouvons alors nous interroger sur la façon dont les agents des CPAM (et de leurs différents services) définissent leurs missions et usent de la rhétorique du soupçon. Notre recherche ne se limite pas aux agents des guichets. Le cas des agents du back-office, c'est-à-dire des services où sont instruits les dossiers, loin des usagers, nous intéresse également. Les recherches sur le pouvoir arbitraire ont peu examiné ces services et les décisions qui y sont prises : pourtant ces agents disposent aussi d'une marge de manœuvre dans les décisions qu'ils prennent comme le montrent les travaux sur l'attribution d'aide par des commissions (Astier, 1997 ; Bourgeois, 2015).

Pourquoi s'intéresser à l'évolution du travail dans les CPAM lorsqu'on traite de l'attribution de l'AME ?

Voyons maintenant ce que nous apprennent les études sur l'évolution de l'Assurance maladie et comment ces données peuvent être mobilisées pour répondre à notre problématique. Bien que l'Assurance maladie soit une institution centrale du système de protection sociale français, et que la loi CMU ait été une réforme d'ampleur, l'institution comme la mise en œuvre de la loi ont été peu étudiées. Les recherches menées sur l'Assurance maladie se sont surtout développées à la fin des années 1990⁴ et ont principalement porté sur l'évolution des politiques sociales et les mutations du travail dans les caisses.

Le tournant gestionnaire du social : la diffusion d'un nouveau référentiel

Ce sont tout d'abord les sociologues de l'action publique qui se sont intéressés à l'Assurance maladie, au détour de recherches sur l'évolution des politiques sociales. Leurs travaux ont mis en lumière un mouvement de gestionnarisation du social. Comme l'ont montré Julien Duval (2002 et 2007) et Bruno Palier (2005), l'approche dominante de la Sécurité sociale a évolué entre 1945 et les années 1980. D'abord moteur de l'économie, permettant la croissance via la

4 A l'exception des enquêtes d'Antoinette Catrice-Lorey (1980) et de Michel Crozier (1971), on ne recense pas d'études sociologiques auparavant sur ce terrain.

relance de la consommation et la création d'emplois, elle en est devenue un frein. Ses déficits, bien qu'existant dès le départ et dans des amplitudes équivalentes, n'étaient pas considérés comme problématiques avant la fin des années 1960 : en stimulant la croissance, la protection sociale était supposée les résorber rapidement par elle-même, grâce à la croissance économique et démographique due au baby-boom.

Le changement de référentiel s'opère à partir de la fin des années 1960 et s'accélère autour des années 1980 avec la dramatisation de l'état des dépenses sociales. Le déséquilibre du budget va petit à petit être considéré comme un « coût » pesant sur l'économie du pays, et qu'il faut limiter si l'on veut sauvegarder le système.

La réduction du « coût » de la Sécurité sociale devient alors la préoccupation centrale des gouvernements, remplaçant les anciens objectifs (tels que l'amélioration de la couverture sociale et l'utilisation des prestations sociales à des fins de politique économique). Comme l'explique Bruno Palier : « Dorénavant, le déficit est traité pour lui-même, au moyen de plans de « redressement » financier qui font passer au second plan les préoccupations sociales des différents ministres des Affaires sociales. Ainsi, on parle de plus en plus de « comptes », d'« équilibres financiers » et d'« économie » au ministère des Affaires sociales, jusque-là habitué aux thèmes de la « solidarité », de la « justice sociale », de l'extension et de la généralisation de la Sécurité sociale » (Palier, 2005 : 178).

La recherche de Patrick Hassenteufel et William Genieys (Hassenteufel et al., 1999) montre que ce nouveau référentiel est repris, intégré, voire amplifié par les hauts fonctionnaires travaillant dans les ministères du social. Les réformes des politiques sociales s'inscrivent alors dans ce cadre : des mesures de déremboursement sont ainsi votées pour diminuer les dépenses de santé, et des prestations ciblées, comme la CMU-C, sont instaurées, permettant d'assurer une protection à ceux qui en ont le plus besoin, tout en limitant le montant global des dépenses. Pour Vincent Dubois (2012), la politique de lutte contre la fraude sociale, qui émerge dans ces termes au milieu des années 1990, s'inscrit également dans ce tournant gestionnaire des politiques sociales, et vient le servir.

Comment cette perception gestionnaire de l'Assurance maladie et cette politique de lutte contre la fraude peuvent-elles pour autant être reprises par les agents de l'Assurance maladie ? Frédéric Pierru (2007) a montré que cette diffusion a été assurée via une étatisation de l'Assurance maladie. Cette dernière, qui était au départ une institution ouvrière tripartite gérée par les représentants des salariés et des patrons, dépend désormais plus fortement de l'Etat, et notamment des hautes administrations : son budget est désormais voté par l'Assemblée et des objectifs lui sont fixés par le Ministère de la santé. Les directeurs des caisses sont désormais

nommés par l'Etat et non plus élus par les représentants syndicaux. Ils proviennent dès lors plus souvent de l'administration et ont, tout comme les hauts fonctionnaires étudiés par P. Hassenteufel et al. (1999), une formation plus gestionnaire qu'auparavant. Pascal Martin (2012 et 2015) complète ce travail en montrant que les profils des cadres et managers des caisses évoluent également dans le même sens : ces derniers sont plus souvent issus de l'extérieur et formés au management qu'auparavant, lorsque les agents montaient petit à petit les échelons.

Ces nouveaux profils d'agents contribuent à diffuser le nouvel « esprit gestionnaire » (Ogien, 1995) au sein des CPAM. Les recherches sur les administrations ont néanmoins montré que ce n'étaient pas seulement les conceptions de la Sécurité sociale, mais aussi son fonctionnement et notamment l'organisation du travail, qui évoluaient dans les caisses. En effet, dans le but de maîtriser les dépenses de santé, les hauts fonctionnaires estiment également nécessaire de limiter les dépenses de fonctionnement des administrations en faisant appel aux outils du New public management (Hassenteufel et al., 1999).

Quand les logiques du privé imprègnent le secteur public : le recours au New public management pour réformer l'Assurance maladie

Le New public management (NPM) est une doctrine protéiforme « qui alimente les politiques de réforme de l'Etat des pays occidentaux » et s'est « développée par sédimentation et strates successives des années 1980 aux années 1990 » (Bezes, 2005 : 27-28) en France. Son statut est ambigu : « Il s'agit d'un ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglo-saxons) et de rationalisations doctrinales réalisées par des organisations transnationales (OCDE, Banque mondiale, etc.). Le New public management constitue donc largement un puzzle doctrinal à vocation générique, c'est-à-dire susceptible d'être appliqué à tous les services administratifs quels qu'ils soient, et alimentant des conceptions de réformes multiples et parfois contradictoires » (Bezes, 2005 : 28). Le NPM a été conceptualisé aux Etats-Unis et au Royaume-Uni sous les administrations Reagan et Thatcher puis Clinton et Blair, avant d'être importé en France par des cabinets de consultants et des hauts fonctionnaires formés au management selon les techniques américaines (Bezes, 2012). Traduit en français par le terme de « nouvelle gestion publique », il vise à rendre les administrations publiques plus efficaces, productives et rentables en y appliquant une logique gestionnaire et des outils du secteur privé, comme les indicateurs de

performance, la mise en concurrence des salariés, le management par objectifs, le lean management⁵, etc.

Cette évolution s'inscrit dans un mouvement plus général de modernisation des administrations publiques (Bezès, 2009 ; Guillemot et Jeannot, 2013) et de critique de l'Etat, et notamment du coût de l'Etat social. Ces institutions sont présentées par les défenseurs du NPM comme des administrations archaïques et coûteuses qu'il est grand temps de rénover et de rendre plus rentables grâce aux logiques du privé. L'objectif est alors d'accroître la production de ces administrations (en termes notamment de traitement de dossiers) tout en baissant les frais de fonctionnement (diminution du nombre de salariés, fermeture des locaux et mutualisation des compétences et des postes). A travers ces mutations, les services publics sont invités à fonctionner non plus en termes de moyens mais en termes de performance (Linhart, 2006, De Gaulejac, 2011).

Pascal Martin (2012) a montré, dans sa thèse, comment ces outils se diffusent dans les CPAM à partir des réformes de l'Assurance maladie de 1995 et 2004. De nouveaux outils et dispositifs qui changent les manières de travailler mais aussi de penser le travail y sont mis en place. Ils touchent tout d'abord le mode d'évaluation des agents : ces derniers sont désormais évalués individuellement, augmentés et promus en fonction d'objectifs fixés préalablement (comme dans le secteur privé). Pour cela, ils sont contrôlés par tout un nombre d'outils servant à calculer leur taux de production. Leur formation intègre aussi l'idéologie gestionnaire qui fonde ces instruments et discours. En leur rappelant l'importance de la bonne gestion et leur rôle dedans, elle contribue à former un « ethos managérial de l'Etat social » (Martin, 2015). Les managers de proximité qui encadrent les agents servent alors à diffuser l'idéologie managériale auprès des agents pour qu'ils remplissent les objectifs fixés par la Caisse (Jacquot, 2015).

Pascal Martin (2012) montre également que ces nouveaux dispositifs changent les manières de travailler des agents d'accueil qui sont obligés de renvoyer les usagers sans avoir répondu à leurs questions sous peine de dépasser les délais qui leur sont impartis et d'être mal évalués. L'ensemble des agents ne s'y soumet néanmoins pas sans résister : certains mettent en place des stratégies pour détourner les indicateurs et ainsi arriver à répondre à la demande du public (ce qu'ils estiment être leur mission principale) tout en tenant les délais imposés (sans quoi ils seront bloqués au même poste et échelon toute leur carrière). Il note des stratégies différentes en fonction des trajectoires sociales et professionnelles des agents.

⁵ Le *lean management* est une méthode d'organisation du travail qui vise à éliminer les gaspillages qui freinent la productivité des services. L'objectif est alors de supprimer toutes les actions inutiles qui empêchent de produire plus vite.

Transformation du sens du travail et des identités professionnelles

Plusieurs sociologues du travail se sont intéressés aux effets de la diffusion de ces logiques du privé sur le travail des salariés du service public et sur la définition de leur identité professionnelle (Linhart, 2006 et 2009 ; Fortino, 2013 ; Vézinat, 2012). Ils ont montré que leur respect des nouveaux objectifs chiffrés, qui pousse les agents à vendre toujours plus ou aller toujours plus vite, entraîne une remise en cause du service public et de l'éthos professionnel de ces agents. Pour reprendre les mots de Philippe Bezès, ces nouveaux outils et manières de penser « viennent concurrencer et se substituer aux instruments et doctrines administratifs antérieurs » (2012 : 17).

Ces logiques productives qui poussent les agents à tout mettre en œuvre pour atteindre leurs objectifs, quitte à ce que cela ne soit pas dans l'intérêt de l'utilisateur (Fortino, 2013), entrent ainsi en concurrence avec celles du service public basées sur des principes de désintéressement, de neutralité et d'égalité de traitement. L'injonction à la productivité va à l'encontre de leurs valeurs et entraîne une dévalorisation profonde de leur éthos professionnel (Linhart, 2015). Le travail se retrouve ainsi orienté vers une conception en termes d'« offres de service » plutôt que de service public (Munoz, 2015), ce dont la nouvelle dénomination des « usagers », devenus « clients », atteste (Jeannot, 2010).

Mais c'est aussi à une perte de compétence que l'on assiste, et notamment de compétence réglementaire sur laquelle se fondaient de nombreux métiers. Les agents sont de moins en moins autonomes, contraints par les applications informatiques qui forment leur manière de penser et de travailler et perdant alors en compétence technique, comme le relate Jorge Munoz à propos des agents des services accidents du travail d'une CPAM : « L'action de qualification se trouve ainsi largement affectée par la mise en place de l'application informatique et a causé le développement de comportements passifs ou ritualisés mécaniques, c'est-à-dire sans adhésion véritable à l'objectif de l'organisation ; les techniciens exécutent leurs tâches mais sans y croire. L'introduction du numérique dans ces conditions les contraint à passer d'une situation, où ils étaient conscients d'une mission à accomplir en équité, à un fonctionnement où remplir dans les temps des tâches quantifiées devient l'objectif. Le but, le sens semblent reculer face à une rationalité étroitement gestionnaire » (Munoz, 2015 : 109-110). En mettant en place une spécialisation des tâches, les managers cassent l'expertise des techniciens, ce que Jean-Marc Weller constate également de son côté : « La spécialisation d'une partie des activités y est pensée en fonction d'une logique fonctionnelle (accueil téléphonique, accueil au guichet, liquidation) liée à la nature des artefacts qui régissent le contact avec le public (plate-forme, borne, guichet, ordinateur). Ceux-ci sont eux-mêmes pensés à partir du degré de standardisation du service à l'utilisateur mais sans considération pour

l'expertise professionnelle qu'il requiert (maîtrise fine de la législation, connaissance des cas et de la jurisprudence, écoute sociale, etc.) alors que les transformations antérieures de l'organisation, en instaurant la polyvalence et le contact direct avec le public, avaient pu potentiellement favoriser cette expertise » (Weller, 2010 : 16).

Nous pouvons dès lors nous interroger sur les effets de ces évolutions sur la marge de manœuvre et l'autonomie dont disposent les agents de l'Assurance maladie. Si leurs actions sont de plus en plus chronométrées et dictées par des logiciels informatiques, comme le montrent les recherches, quelle marge de manœuvre leur reste-t-il ? Nous pouvons également nous demander quelles sont, à terme, les conséquences d'une baisse d'autonomie et de marge de manœuvre sur l'accès aux droits et aux soins ?

Ces questions résonnent d'autant plus que des recherches menées dans les hôpitaux ont montré que le new public management augmentait les inégalités sociales de santé, entraînait des difficultés d'accès aux soins et une moins bonne qualité des soins (Belorgey, 2010 ; Domin, 2008). Les réformes, en recherchant une meilleure productivité, encouragent les médecins à traiter toujours plus vite les patients, quitte à ce que ces derniers, mal pris en charge, reviennent plus souvent, puisque seul le flux de patients en cours est pris en compte par les indicateurs et non pas le taux de retours (Belorgey, 2010).

Le soupçon de fraude comme révélateur des mutations professionnelles

A ces questions sur les effets des mutations du travail sur les identités professionnelles, Rachel Besson (2012) ajoute celle du sens des catégorisations ethno-raciales : les usages des catégorisations, des figures de l'Étranger, du soupçon de fraude ne nous apprennent-ils pas des choses sur les évolutions vécues par ces professionnels ? Sur son terrain dans une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), Rachel Besson remarque que les patients catégorisés comme « Roms bulgares » sont décrits comme de mauvais patients, impatientes et exigeants. Pour elle, l'usage de cette catégorisation s'explique par le fait que les médecins vivent un échec professionnel, n'arrivant pas à répondre aux besoins de ces personnes pour tout un ensemble de raisons : « Dans ces dispositifs destinés aux populations démunies sont en tension les objectifs déterminés par les politiques sociales qui président à leur existence, les codes déontologiques des professionnels et la rencontre concrète avec l'Autre. Or ce que cette étude empirique nous indique, c'est que celle-ci a lieu dans un contexte singulier qui multiplie les contraintes, politiques, administratives, professionnelles et humaines, favorisant une "économie du soupçon" [...]. Cette économie du soupçon se concrétise dans l'élaboration d'une catégorie caractérisant ceux dont la place dans le système de soin est problématique,

ceux qui mettent en échec la réalisation des objectifs des professionnels ainsi que leur engagement » (Besson, 2012 : 132).

Comme le rappelle Laurence Kotobi (2012), les interactions (soignantes dans le cas de ses recherches, mais cela vaut également pour les relations de guichet) prennent place dans un contexte plus macro : elles se jouent au sein d'une institution (qui peut être hiérarchisée, en pleine mutation, etc.), elles s'imbriquent dans un système de santé plus vaste qui établit le traitement différentiel des étrangers (avec la CMU et l'AME), mais aussi au sein d'un contexte meso : les agents sont pris dans des enjeux professionnels, cherchent à développer des compétences ou à se faire bien voir de leurs pairs ou de leur hiérarchie. La contrainte hospitalière ou encore l'émergence de nouvelles formes de travail peuvent ainsi jouer sur ces relations. Dans ce contexte, mettre en avant la différence de certains patients peut aussi revenir à souligner les compétences qu'on a développées pour y répondre (Kotobi, 2012), ou encore justifier la survie de son service. Jérémy Geeraert (2014) montre à ce propos comment les médecins des PASS mettent en avant l'importance de leur mission de prise en charge de la précarité, pour valoriser leur service lorsqu'ils sentent son existence menacée.

Ces recherches rappellent ainsi que les catégorisations ne prennent pas seulement place dans une relation sociale, mais s'élaborent au sein d'un groupe professionnel qui peut être soumis à des tensions, dans une institution qui peut être en mutation, et au sein d'une société. Dans ce cadre, les traitements différentiels peuvent et doivent ainsi « également être lus comme une réponse des professionnels à des contraintes structurelles, liées à leur institution (au contexte de réforme hospitalière) elle-même traversée par des rapports sociaux de sexe, de classe et d'ethnicité » (Kotobi, 2012 : 181).

Nous pouvons alors nous demander de quoi témoigne la logique du soupçon de fraude lorsqu'elle est convoquée par les agents de l'Assurance maladie ou par l'institution et ce qu'elle cristallise ?

Dans sa recherche doctorale sur la mise en œuvre de la loi CMU par les agents de l'Assurance maladie, Sacha Leduc (2008) montre que les techniciennes endurent une déqualification professionnelle, qu'il lie à la prise en charge de ce nouveau public. Avec la CMU-C, c'est une mission plus sociale qui se met en place au sein des CPAM et un public plus précaire qui se rend dans les guichets. Pour Leduc, la prise en charge de cette prestation transforme les missions des techniciennes : jusqu'à présent c'était le travail qui ouvrait des droits aux assurés, désormais c'est la pauvreté. La CMU-C est ainsi perçue par les techniciennes qu'il observe comme une prestation déconnectée du travail qui remet en cause leur identité professionnelle. Contrairement aux chercheurs cités précédemment, il n'observe pas ces

changements à travers le prisme du new public management, mais plutôt à travers la notion de « ressenti ». Il note que certaines techniciennes surinvestissent les pratiques de contrôle à l'égard des demandeurs de la CMU-C, ce qu'il explique à la fois par ce ressenti mais également par une peur de voir leur métier disparaître du fait de l'informatisation puis l'automatisation de nombreuses tâches à l'Assurance maladie : « La perte radicale de maîtrise et d'autonomie engendre chez les techniciennes des logiques de réappropriation qui ne vont pas forcément dans le sens d'un surinvestissement du rôle social, mais au contraire vers une recomposition du rôle de contrôleur. La peur, chez les techniciennes, d'un fonctionnement entièrement automatisé, mécanisé, de voir toute une activité transférée aux machines et aux systèmes informatiques, se redouble d'une angoisse personnelle de la disparition. Ces deux dimensions engendrent des logiques de reconstruction du sens qui participent au ressenti et à l'appel au contrôle initié par les techniciennes à l'égard de certaines populations » (Leduc, 2008 : 29).

En confrontant ces différentes études à nos observations, nous nous sommes aperçue que la notion de discrimination nous bloquait. En insistant sur les actions, cette dernière passe finalement à côté d'un ensemble de discours qui contribuent pourtant à créer un certain climat de travail dans les caisses et à faire ressortir un ensemble de valeurs partagées ou discutées sur lesquelles peuvent se reconstituer des identités professionnelles. C'est ainsi la rhétorique du soupçon et ses effets sur l'accès aux soins qui vont nous intéresser et devenir notre objet de recherche plutôt que les « discriminations » qui vont passer du statut d'objet à celui d'outil permettant d'analyser nos observations, sans nous empêcher d'en utiliser d'autres.

Nous décidons donc de nous intéresser davantage aux conditions de travail pour pouvoir replacer ce soupçon et les figures d'usagers dans ce contexte et ainsi mieux comprendre les mécanismes qui les construisent et expliquent leurs usages. C'est dans les notions développées par la sociologie du travail (notamment celles de sens du travail, d'identité professionnelle et d'ethos professionnel), les recherches sur les services publics (qui ont discuté les effets du new public management) et les politiques sociales de santé (où l'on assiste à l'émergence de discours gestionnaires et de lutte contre la fraude) que nous allons trouver nos réponses et comprendre comment le fonctionnement du travail dans les CPAM peut activer ces logiques du soupçon, voire engendrer des discriminations.

Problématique

La confrontation entre ces lectures et nos observations sur le terrain nous invite ainsi à reformuler notre problématique : quel est l'effet des évolutions du travail dans les CPAM sur les identités professionnelles des agents ? Les remettent-elles en cause ? Ont-elles des conséquences sur le travail des agents et notamment l'attribution des prestations sociales ? Engendrent-elles également une modification de la relation de guichet ? Comment la rhétorique du soupçon s'inscrit-elle dans ces évolutions ? Comment se diffuse-t-elle au sein des caisses ? Engendre-t-elle une lecture rigoriste des situations et une restriction de l'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière ?

Nous verrons que les mutations du travail à l'œuvre dans les CPAM cassent les référentiels habituels des agents et leur manière de penser leur travail et de définir leurs missions. Certaines valeurs, comme celles d'une mission sociale ou d'un travail reposant sur une forte compétence technique, ont du mal à s'exprimer dans ce contexte. L'injonction à la productivité rend également les agents de moins en moins autonomes : soumis à la pression, ils n'ont plus la possibilité de rendre des services et ne peuvent plus valoriser leur rôle auprès des usagers.

En parallèle, c'est aussi un nouveau référentiel des politiques de santé qui se diffuse à travers les directives : celui de la maîtrise des dépenses. Lequel est conforté par les mesures managériales issues du new public management. Les deux poursuivent en effet le même but : limiter les dépenses de santé, que ce soit en luttant contre la fraude ou en augmentant la productivité des services. Ces évolutions modifient les manières de penser des agents : un ethos de gardien du système et un ethos managérial se développent ainsi dans les CPAM. Le bon agent n'est désormais plus celui qui a une grande connaissance de la réglementation, mais celui qui est productif. Dans un contexte où la demande de productivité est difficile à respecter et ne permet pas de développer des liens avec les usagers, les agents n'ont guère d'autres ressources que d'investir ces deux rôles pour valoriser leur travail et lui donner un sens.

Les relations avec les demandeurs de l'AME et de la CMU-C s'inscrivent dans ce contexte, mais aussi dans un contexte plus structurel de mise à l'écart des étrangers en situation irrégulière qui stigmatise ces personnes en les désignant comme une menace pour le modèle social français. L'Etat a ainsi déployé un arsenal de dispositifs au sein des caisses pour pouvoir lutter plus particulièrement contre leur fraude. Par conséquent, là où les demandeurs de la CMU-C ne sont quasiment plus reçus dans les accueils, ce qui fait monter la pression lors des interactions, ceux de l'AME disposent de temps d'entretiens très confortables. Ces

dispositifs ne sont néanmoins pas forcément investis en ce sens par les agents qui voient aussi dans ces temps plus longs une possibilité d'effectuer enfin leur métier comme ils l'entendent en pouvant développer une mission plus sociale.

Nous défendrons alors la thèse suivante : le recours à la rhétorique du soupçon ou aux catégorisations des usagers sert à revaloriser l'identité professionnelle des agents dans trois sens différents : un savoir-faire gestionnaire, un savoir-faire social, un savoir-faire de gardien du système. Si les catégorisations et le soupçon sont investis, au-delà des schèmes politiques et structurels qui les construisent et les véhiculent, c'est parce qu'ils ont une fonction dans le déroulement du travail administratif, que ces catégorisations aident les agents à faire leur travail et ce particulièrement quand il s'agit de le faire vite et sans trop tenir compte des différences individuelles. L'AME, la catégorisation en touriste médical et le soupçon de fraude deviennent alors des outils, des ressources qui aident les agents à mener leurs missions à terme et à bien. La diffusion de la rhétorique du soupçon dans les CPAM ne répond pas seulement à un processus d'enrôlement : les agents co-construisent aussi cette logique du soupçon, la réutilisent, donnent un sens à leur travail grâce à elle et la rendent, du même coup, encore plus présente dans les administrations et saillante en matière d'accès aux droits et aux soins. Dans cette configuration, le statut particulier de bénéficiaire de l'Aide sociale peut jouer positivement comme négativement pour les demandeurs de l'AME.

Méthodologie

Pour répondre à cette problématique, nous avons effectué une enquête ethnographique qui allie observations du travail des agents des CPAM, accompagnement des demandeurs dans leurs démarches, entretiens avec ces derniers et études documentaires (réglementation interne de la CPAM). Cela nous a permis d'analyser à la fois les discours et les pratiques des agents, mais aussi de comprendre les problèmes que rencontraient les étrangers en situation irrégulière, la compréhension qu'ils avaient du dispositif et leurs conceptions de l'accès aux droits et aux soins. Cette double démarche nous a permis de passer des deux côtés du guichet et de pouvoir ainsi articuler les conceptions des agents et des demandeurs.

L'enquête présentée ici comprend :

- Une observation d'une durée de neuf mois (en deux temps) au sein du département de l'accès aux soins (service en charge de l'instruction des demandes d'AME) de la CPAM des Champs (département des Champs),

- Une observation dans trois centres d'accueil de cette même CPAM (deux semaines dans chaque guichet),
- L'accompagnement de demandeurs de l'AME dans leurs démarches auprès de la CPAM des Lys (département des Lys),
- La fréquentation de la Coordination des sans-papiers (CSP) pendant deux mois,
- Une dizaine d'entretiens avec des étrangers en situation irrégulière, d'une durée d'1h30 à 3h réalisés dans des cafés.

Etant donné qu'il n'existe qu'un département d'accès aux soins et qu'un service de l'AME par CPAM, nous avons décidé, pour des raisons de confidentialité, de ne préciser ni le nom de la CPAM, ni celui du département auquel elle appartient. En effet donner le nom du département reviendrait à nommer la CPAM, puisque la CPAM représente l'échelon départemental de l'Assurance maladie. Néanmoins, pour situer la configuration locale dans laquelle elles sont situées nous donnerons le maximum de données sociodémographiques possibles. Nous utiliserons des proportions pour comparer les deux CPAM quand nous ne pourrons utiliser des chiffres exacts.

Les CPAM : un terrain très difficile d'accès

Accéder aux locaux et aux agents de la CPAM a été très complexe. Cette première approche a été réalisée lors de notre Master où nous avons mis plusieurs mois à réussir à entrer sur le terrain. En décembre 2007, nous nous sommes rendue dans un centre d'accueil d'une CPAM, expliquant à l'agent que nous souhaitions réaliser une observation. Ce dernier nous a immédiatement réorientée vers le siège de la CPAM, nous disant qu'il fallait leur adresser notre demande étant donné que les agents du centre ne pouvaient rien décider sans l'accord de la hiérarchie. Nous avons alors envoyé des demandes dans six CPAM différentes. Dans le guide de l'accès aux soins établi par le Comede, nous avons trouvé le numéro de responsables du département de l'accès aux droits de quelques caisses. Nous les avons contactés, mais, à nouveau, nous avons été renvoyée vers le service des ressources humaines. Nous avons parlé plus longuement avec l'un des responsables qui était intéressé pour nous recruter comme stagiaire pour effectuer une recherche dans les accueils...sur les demandeurs de la CMU-C ! Nous lui avons expliqué que c'était plutôt les pratiques des agents que nous voulions étudier, ce à quoi il nous a répondu : « *Je suis sûr que ça ne manquerait pas de sel...mais non !* ». Aborder la question des pratiques des agents était, somme toute, plutôt tabou...

Devant tous ces refus, nous nous sommes repliée sur un stage au sein de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) d'un hôpital. Nous avons donc eu le temps de commencer cette observation, malgré toutes les contraintes qu'impose un terrain hospitalier en termes d'examen de santé et de dossier à faire valider, lorsque nous avons été contactée par le département de l'accès aux soins d'une CPAM, que nous nommerons la CPAM des Champs. Cette dernière recherchait une stagiaire pour les aider dans la réalisation d'un « passeport sur l'accès aux soins », c'est-à-dire un document qui regroupe toute la réglementation en termes de CMU, CMU-C, AME et aide pour une complémentaire santé (ACS), jusqu'alors éparpillée dans divers textes et documents internes. C'est ainsi que nous avons démarré en avril 2008 un premier terrain au sein du service de réglementation de la CPAM des Champs.

Une fois entrée dans la Caisse nous avons pu y circuler assez facilement. Nous y avons ainsi négocié un nouveau terrain à deux reprises et avons eu accès à tous les documents réglementaires que nous souhaitions. Cela s'explique sans doute par le fait qu'ils étaient pour la plupart disponibles soit sur l'intranet soit dans le bureau où nous travaillions pour les archives, et aussi par le fait que nous avions besoin d'accéder à ces documents pour réaliser notre mission. Quand il s'est agi d'obtenir des documents auquel nous n'avions pas directement accès en passant par exemple pas d'autres agents, cela s'est avéré plus compliqué. Les agents étaient tout de suite plus méfiants ou du moins plus hésitants : avaient-ils le droit de nous donner ces documents ? Ainsi, certains ont accepté que nous recopions des mails mais n'ont pas voulu nous les transférer : ces documents étaient confidentiels. Les agents étaient également plus réfractaires à l'idée de parler de leur travail dans le cadre strict d'un entretien. Lorsque nous avons abordé la question, les agents nous ont systématiquement répondu qu'ils voulaient d'abord avoir l'autorisation de leur responsable. Nous avons finalement procédé par entretiens informels. Nous avons saisi toutes les occasions possibles pour les faire parler de leur expérience et de leur perception de l'AME, de ses demandeurs et de l'évolution de leur métier.

Une enquête par observation participante et non participante à découvert

Nous avons ainsi procédé par observation. Cette méthode était celle qui nous paraissait la plus appropriée pour étudier les pratiques des agents et pas uniquement leurs discours. Cette entrée par le terrain nous a aussi permis d'acquérir toute une connaissance réglementaire en matière d'AME qui nous faisait défaut, mais aussi de nous rendre compte de la réalité que représente le travail d'instruction des dossiers et la manière dont il s'organise. A travers nos

observations, nous avons aussi pu constater la façon dont les outils informatiques formatent le travail et comment la cadence imposée pèse sur les agents.

L'observation a été à la fois participante et non participante, mais toujours à découvert. Dès le départ nous nous sommes présentée comme étudiante en Master (puis en thèse) réalisant une étude sur l'aide médicale de l'Etat. Nous sommes toujours restée vague sur le sujet en disant seulement que nous nous intéressions à l'aide médicale d'Etat ou alors à l'accès aux soins des étrangers. Personne ne nous a jamais demandé plus de précision. Comme nous l'avons vu, au départ de cette thèse, et donc notamment pendant le terrain, nous voulions travailler sur les discriminations dans l'accès aux soins. Nous avons toujours eu cette volonté, estimant que la révéler aurait pu mettre un terme au terrain (sur lequel nous avons eu tant de difficultés à entrer) mais aussi que cela risquait de modifier l'attitude des agents, ce que nous ne souhaitions pas.

L'observation a été participante au service de la réglementation et au service de l'AME : au premier nous avons travaillé sur le passeport de l'accès aux soins et avons ainsi réalisé une tâche dévolue aux cadres experts. Au service AME, nous instruisions les dossiers comme les autres agents, sauf que nous n'avions pas accès au logiciel informatique et ne pouvions ainsi aller au bout du travail, les autres agents s'en chargeaient pour nous.

L'observation n'était pas participante dans les centres d'accueil puisque nous n'étions pas formée pour accueillir les usagers. Nous étions ainsi en position d'observatrice au côté des agents ou assise juste derrière eux, légèrement en retrait.

Concernant la collecte du matériau, nous avons toujours fonctionné avec un journal de bord sur lequel nous notions tout ce que nous voyions et entendions. Le statut de ce journal n'a jamais posé de problème : au service de la réglementation il était presque invisible puisque nous nous en servions également pour noter la réglementation. Il passait ainsi aux yeux des agents pour une sorte de mémo dans lequel nous notions les procédures que nous ne connaissions pas.

A l'accueil, notre journal était aussi facilement accepté puisqu'il nous servait autant à retranscrire les échanges au guichet qu'à prendre en note les réflexions des agents, mais ces derniers semblaient surtout penser que c'était les demandes des usagers que nous relevions.

Prendre en note les propos des agents du service AME s'est avéré plus difficile. Noter quelque chose était ici moins justifié. Par conséquent, nous le faisons plutôt pendant les pauses, en rentrant le soir ou lorsque nous allions aux toilettes.

Dans tous ces lieux, nous déjeunions tous les midis avec les agents, que ce soit à l'intérieur de la caisse ou en dehors, au restaurant ou en allant faire du shopping avec eux. Certains nous déposaient aussi en sortant du travail, de vrais liens amicaux se sont ainsi créés. Nous sommes retournée à plusieurs reprises, durant plusieurs années, au service pour déjeuner avec les responsables et les agents, et nous enquêrions ainsi des changements et des nouvelles têtes.

Position sur le terrain

Nous avons toujours été bien accueillie sur le terrain et les agents étaient plutôt bavards. Nous avons fini par faire partie du paysage, même si notre position de stagiaire était particulière : tous les autres agents étaient employés, soit en CDD soit en CDI et avaient des tâches fixes, tandis que nous vaquions entre différents services (surtout au département de l'accès aux soins où nous connaissions au final mieux les cadres expertes que les agents instructeurs). Lorsque nous sommes arrivée dans les centres d'accueil, comme notre position n'avait pas été clairement expliquée par les responsables, certains agents ont cru que nous étions en formation et nous ont ainsi particulièrement bien expliqué leur manière de travailler.

La question de notre neutralité s'est posée à quelques reprises. Si les agents ne sont pas des êtres neutres dénués de dispositions sociales, nous ne le sommes pas non plus. Nous étions favorable à l'AME, et même, au-delà, nous étions pour que le maximum de personnes en situation irrégulière puissent l'obtenir, pensant qu'elle leur était nécessaire pour vivre. Comme expliqué précédemment, nous fréquentions des étrangers en situation irrégulière et c'est d'ailleurs par leur biais que nous avons pu étudier leurs parcours d'obtention et rencontrer d'autres demandeurs de l'AME. Quand nous les accompagnions au guichet, notre but était certes d'observer l'interaction, mais aussi de faire en sorte qu'ils obtiennent l'AME. Nous n'avons ainsi pas toujours été uniquement observatrice mais aussi actrice de cette relation. Si cela a été le cas dans les situations que nous relatons dans cette thèse, nous le précisons.

Cela a, par moments, pu jouer aussi de l'autre côté du guichet. A quelques reprises, nous sommes intervenue, espérant faire pencher la balance du côté de l'utilisateur. Ces cas-là ont été plutôt rares : nous essayions en général de nous retenir. Ils restent néanmoins intéressants à analyser. En effet, les deux fois où nous sommes intervenue dans le déroulé d'un entretien ou dans l'instruction d'un dossier, nous avons remarqué que notre action n'avait pas les effets escomptés : au lieu d'aller dans notre sens, l'agent réinterprétait notre propos. Et nos arguments servaient alors à confirmer sa perception des choses. Par exemple, nous trouvions injuste que les agents du service AME renvoient les dossiers des demandeurs qui présentaient

une quittance de loyer dont le montant était supérieur au plafond des ressources. Pour nous cela ne signifiait pas qu'ils payaient seul le loyer, on ne pouvait donc pas en déduire que ces personnes avaient des ressources supérieures au plafond. Quand nous avons fait valoir notre point de vue à la cadre du service, celle-ci a décidé d'orienter tous ces dossiers vers les accueils, pour que les guichetiers puissent évaluer leurs ressources puisque nous n'avions pas d'autres moyens de les connaître. Alors que nous proposons d'adopter une lecture plus souple qui nous semblait plus en conformité avec la vie de ces personnes, nos propos ont été finalement détournés de leur sens pour justifier plus de contrôle.

Deux terrains au sein du département de l'accès aux soins

Notre première observation a été réalisée dans le département de l'accès aux soins de la CPAM des Champs. Nous étions installée dans le bureau du service expert, côte à côte avec les deux cadres expertes titulaires. Ce service est chargé de retranscrire l'ensemble des textes réglementaires au sein de notes d'instructions internes. Le service est idéalement situé au cœur du département de l'accès aux soins (cf. Figure 1). Le fax et la machine à café y sont installés. C'est ainsi le lieu de rendez-vous des pauses café entre les responsables et cadres de service. Les agents y passent aussi de temps à autre pour envoyer ou venir chercher un fax. Nous avons ainsi une position stratégique au cœur du département, en face du bureau de la responsable que nous pouvions observer depuis notre poste de travail, et également entendre quand elle ne s'enfermait pas. Ce lieu nous a permis à la fois de mieux comprendre la réglementation, le fonctionnement du service, les contraintes auxquelles étaient soumises les responsables et d'assister à de nombreuses conversations.

Cette première observation a duré trois mois à raison de trois jours par semaine d'avril à juin 2008. Nous y sommes ensuite retournée à nouveau six mois de février à juillet 2009, toujours à raison de 3 jours par semaine. Cette fois-ci nous avons également travaillé au sein du service AME où, d'abord formée par d'autres agents puis toute seule, nous avons instruit des dossiers. L'ensemble des bureaux des agents instructeurs est situé dans un grand open-office. Nous y changions régulièrement de bureau puisque nous prenions ceux qui étaient disponibles (leur occupant était en arrêt maladie ou en congé). Nous n'avons par contre pas pu suivre toute la procédure de traitement du dossier : n'ayant pas de contrat de salarié, nous n'avions pas accès à la base informatique, nous pouvions ainsi faire des recherches mais pas entrer informatiquement le dossier. Les agents s'en chargeaient pour nous. Nous pouvions par contre assister aux conversations des agents et voir quels éléments pouvaient susciter des réactions collectives. Nous avons toujours le statut de stagiaire, et nous avons même été rémunérée à

ce titre. Lors de ce deuxième terrain, nous avons également accompagné les responsables à l'extérieur de la caisse : lors d'un audit qu'elles effectuaient sur plusieurs jours dans un centre d'accueil, ou encore lors de réunions d'information auprès de professionnels de la santé.

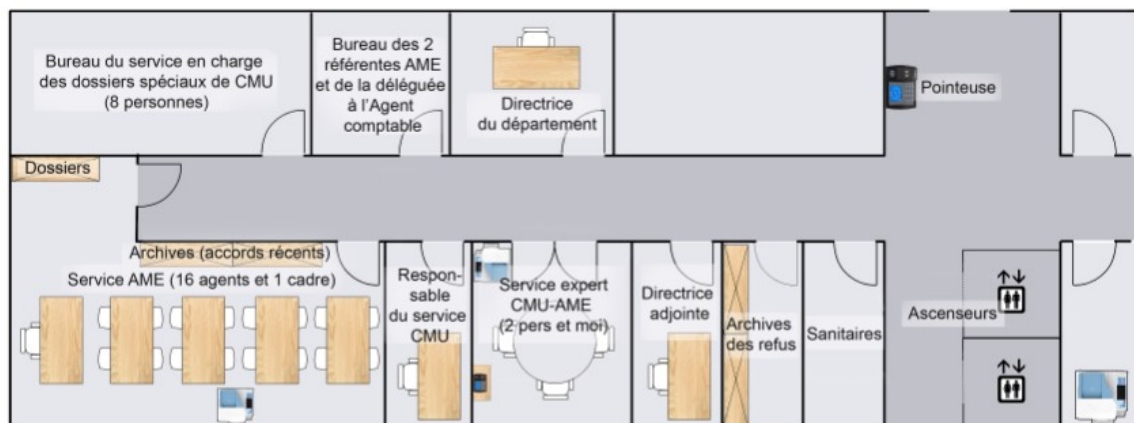


Figure 1 : Plan du département de l'accès aux soins de la CPAM des Champs

Une observation non participante au guichet de l'Assurance maladie

A la fin de ce deuxième terrain, nous avons obtenu un financement de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Nous en avons fait part aux responsables du département de l'accès aux soins. Ce financement semble nous avoir ouvert des portes : alors que nous insistions depuis quelques semaines pour accéder aux centres d'accueil, le financement a accéléré les choses. Comme le disait pour rire un des agents du service AME en nous appelant « Céline de la CNAMTS », désormais nous avons aussi de l'importance pour les responsables qui pouvaient voir en nous un moyen de faire valoir l'action de leur caisse auprès de la CNAMTS.

Nous avons été principalement dans trois centres d'accueil. Ces derniers ont été choisis en accord avec la responsable du département de l'accès aux soins qui nous en ouvrait les portes en contactant les responsables de centres. Elle a ainsi pu par moment limiter nos choix, estimant que tel ou tel centre n'était pas intéressant ou représentatif. Nous avons retenu des centres qui recevaient un nombre important ou moyen de bénéficiaires de l'AME. Nous avons choisi des centres de tailles différentes situés dans des villes ayant des indicateurs socio-économiques contrastés. Nous sommes restée quinze jours dans chaque centre, un peu plus

aux Aubépines⁶ où nous avons réussi à aller deux jours lors de notre deuxième terrain au département de l'accès aux soins. Nous avons aussi passé deux jours au centre des Pins en attendant que la responsable de l'accueil de celui des Tourelles revienne de vacances et puisse nous accueillir.

Dans les centres, nos observations se sont focalisées principalement sur les relations qu'entretenaient les guichetiers avec les demandeurs de l'AME. Nous avons également observé et noté les discours des agents à propos des bénéficiaires de la CMU-C, dans le but d'utiliser ce public comme élément de comparaison, pour voir si les traitements repérés concernaient uniquement les demandeurs de l'AME, et pouvaient ainsi être considérés comme différentiels, ou s'ils touchaient l'ensemble des bénéficiaires de prestations non contributives ou ayant de faibles ressources.

L'enquête auprès des demandeurs de l'AME

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une enquête auprès des demandeurs (entre 2011 et 2012). Nous avons tout d'abord accompagné un ami, que nous nommerons Samba⁷, qui rencontrait des difficultés à déposer son dossier d'AME. Par ce biais, nous avons rencontré d'autres demandeurs de l'AME. Lorsque nous sommes arrivée à la permanence, nous avons très vite été étiquetée comme quelqu'un qui s'y connaissait en matière d'AME et les personnes sont alors venues vers nous pour nous demander de l'aide. Nous avons ainsi pu échanger sur leurs difficultés soit à la permanence, soit plus tard lors d'un entretien. Cette enquête a été réalisée au sein de la Caisse des Lys⁸.

Les contacts pris à cette occasion n'ont pas toujours abouti, mais nous avons réussi à effectuer quelques entretiens. Les entretiens n'ont pas non plus toujours donné quelque chose, les personnes n'étant pas toujours prolixes sur leurs démarches. Nous en avons suivi certaines sur plusieurs années au gré de leurs demandes d'AME, de CMU, jusqu'à la régularisation. Samba nous a aussi orientée parfois vers des amis à lui qui souhaitaient être accompagnés pour déposer leur dossier.

Dans un deuxième temps, nous avons été introduite auprès d'une coordination des sans-papiers par une personne qui y militait et que nous avons rencontrée lors d'un séminaire de

6 Les véritables noms des centres d'accueil étant ceux des villes dans lesquelles ils sont situés, nous les avons également anonymisés.

7 Les noms des demandeurs et des agents ont tous été modifiés pour respecter la confidentialité et l'anonymat des personnes.

8 La caisse des Lys compte un taux de bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME important, même s'ils ne représentent respectivement que 5,17% et 2% de l'ensemble de ses bénéficiaires.

recherche. Elle nous a présentée à son amie, Sophie, qui aidait les membres de la CSP à monter leurs dossiers d'AME. Dans un premier temps, nous avons rejoint Sophie au café qui servait de bureau à la CSP lorsqu'elle avait des « rendez-vous AME ». De fil en aiguille nous avons discuté avec d'autres membres et sommes allées les retrouver hebdomadairement au café, sans Sophie. Ces rencontres nous ont donné une deuxième occasion de faire des entretiens, mais aussi d'assister à des conversations et des débats entre eux. La relation n'était néanmoins pas toujours évidente avec certains qui s'attendaient à ce que nous venions chaque jour et râlaient quand ce n'était pas le cas. Certains avaient aussi d'autres attentes et nous appelaient chaque soir sans vouloir comprendre. Nous avons donc décidé d'arrêter ce terrain au bout de deux mois, ce qui ne nous a pas empêchée de garder un temps des contacts avec certaines personnes et de continuer à échanger à l'occasion sur leur situation.

Le contact avec Sophie nous a donné une dernière opportunité de rencontrer des demandeurs de l'AME d'un tout autre profil : Sophie assurait une permanence AME une fois par mois dans une association de domiciliation. Le directeur avait remarqué que les personnes posaient régulièrement des questions sur l'AME. Nous avons assisté à deux permanences et avons ainsi obtenu un nouvel entretien avec un demandeur de l'AME non intégré dans un réseau militant comme ceux de la CSP.

Au final, nous avons effectué huit entretiens formels : presque uniquement des hommes (la seule femme que nous avons interrogée est en couple avec un autre demandeur). La plupart viennent d'Afrique de l'Ouest : Mali (4), Bénin (2), Guinée (1). Le dernier est né en France, de parents serbo-croates. Si ces entretiens étaient intéressants pour revenir sur leur parcours biographique et leur perception de l'AME, il n'était néanmoins pas évident de creuser la question du parcours d'AME, de cette expérience. Croiser les entretiens avec un accompagnement de ces personnes a ainsi été intéressant de ce point de vue. Le nombre d'entretiens est certes faible, mais ce n'était pas la principale technique choisie pour cette enquête. De nombreuses informations ont été glanées autour de conversations informelles, au café ou dans les salles d'attente, au gré de cette expérience partagée ensemble.

Présentation de la Caisse des Champs

La Caisse des Champs recouvre un territoire d'une quarantaine de communes. Son public est composé d'environ 1,5 million de personnes protégées par le régime général, 169 000 bénéficiaires de la CMU complémentaire et environ 35 000 bénéficiaires de l'AME, soit 2,33% de son public.

Pour effectuer l'ensemble de ses missions, la CPAM dispose de plusieurs lieux répartis sur tout le département :

- Un siège qui abrite les services de direction et de pilotage, ainsi que quelques services centraux tels que le département de l'accès aux soins ou celui des aides financières,
- Neuf « pôles service assurés » (PSA) qui prennent en charge les activités relatives à l'accueil et à la gestion des dossiers des assurés (qu'ils relèvent du système général, d'un système particulier ou de la CMU). Les demandeurs de l'AME sont reçus dans ces accueils et peuvent y déposer leur dossier, dont l'instruction est par contre effectuée au siège,
- Trois « pôles prestations en espèces » qui ont en charge le paiement des indemnités. Les agents de ces pôles remboursent ainsi les professionnels et les assurés. Ils n'ont aucune relation physique avec eux,
- Quatre « pôles professionnels de santé » qui gèrent les relations avec les médecins et les pharmaciens.

Seuls le siège et les PSA nous intéressent pour notre enquête. Le département de l'accès aux soins est effectivement situé au siège. Il prend en charge l'instruction des demandes d'AME et de dossiers spécifiques de CMU complémentaire ainsi que toute la réglementation qui concerne les prestations d'accès aux soins, c'est-à-dire : la CMU de base, la CMU-C, l'AME et l'aide pour une complémentaire santé (ACS).

Le département de l'accès aux soins est ainsi composé de trois unités : le *service AME*, le *service expert en réglementation CMU-AME* et le *service CMU*. La responsable du département, Nadine, gère les trois. Pour cela, elle est assistée de son adjointe, Corine, responsable du service AME et du service expert, ainsi que d'une cadre responsable du service CMU, Marielle, et d'une cadre responsable du service AME, Nora.

Le service AME instruit les dossiers d'AME. Il est composé de seize agents instructeurs, de deux contrôleuses, Noëlle et Anne-Marie, et d'une déléguée de l'agent comptable, Carmen. La cadre, Nora, distribue les dossiers à traiter à l'ensemble des techniciens et supervise leur travail. Elle trie également le courrier reçu pour classer les demandes en fonction de leur provenance (CCAS, Associations, Services sociaux) et de leur type (première demande, demande urgente, renouvellement). Ce classement sert à établir des statistiques réclamées par le ministère. Les techniciens instructeurs entrent informatiquement les dossiers et les instruisent. Ce sont eux qui décident d'accepter ou non les demandes. Celles qui sont acceptées sont ensuite réétudiées par le délégué de l'agent comptable, ce qui permet une

double vérification. Les contrôleuses effectuent, quant à elles, plutôt des vérifications ponctuelles sur l'application d'une règle précise ou l'utilisation d'un outil. Par exemple, elles s'assureront une semaine que la condition de stabilité est bien observée par les agents puis, une autre, vérifieront que l'attestation d'AME ou les lettres types qui l'accompagnent sont rédigées comme il faut.

Le **service CMU** s'assure que les personnes ayant souscrit une CMU de base ne peuvent être affiliées à un autre régime. Il instruit également les demandes de CMU-C provenant d'étudiants et de personnes relevant des Sections Locales Mutualistes (SLM) comme les fonctionnaires territoriaux, les membres de la police ou encore les agents publics hospitaliers. Nous n'avons pas effectué d'observation auprès de ce service.

Le **service expert** en réglementation AME et CMU, que nous nommerons pour plus de commodité « service expert », comprend au moment de l'enquête deux agents : Martine et Béatrice que nous appellerons « les cadres expertes ». Un troisième agent, José, a quitté la caisse après un arrêt maladie de longue durée mais n'a pas été remplacé. Les cadres expertes gèrent toute la réglementation de la caisse en matière d'accès aux soins, soit tout ce qui concerne la CMU de base, la CMU-C, l'AME et l'ACS, dont le fonctionnement est décidé au niveau national. Les CPAM étant sous la hiérarchie de la CNAMTS, les cadres expertes doivent retranscrire les instructions de la CNAMTS dans la réglementation interne à la CPAM. Le service expert effectue également des statistiques et des études pour le compte du service, de la CNAMTS et du ministère de la Santé. Les premières servent à évaluer les agents en mettant en graphique la productivité du service. Les secondes permettent au ministère d'avoir des informations sur les populations concernées par ces prestations et notamment sur les étrangers en situation irrégulière. Le service expert instruit également certaines demandes de rétroactivité concernant la CMU-C. Enfin, il dispense des conseils téléphoniques aux centres d'accueil à propos de la réglementation en matière d'AME, de CMU ou d'ACS.

Les « **pôles service assurés** » sont répartis sur l'ensemble du territoire pour assurer un service de proximité aux usagers. Par pôle, il faut entendre un regroupement de différents centres d'accueil qui dépendent hiérarchiquement du plus gros d'entre eux que nous appellerons le « **siège du PSA** » ou « **centre PSA** ». Les PSA couvrent ainsi plusieurs villes, d'une à quatre en fonction du nombre d'assurés qui y vivent. Pour cela ils disposent de plusieurs types de centres d'accueil : d'une part, le siège du PSA lui-même qui comprend des services de « production » où sont gérés les dossiers des assurés du système général et des bénéficiaires de la CMU ainsi qu'un guichet d'accueil ; d'autre part des centres qui assurent seulement l'accueil et qu'on qualifiera d'« **agences** » pour les distinguer de l'accueil du siège du PSA.

La différence importante est que les employés de l'accueil du centre PSA sont en lien avec ceux chargés de l'instruction des dossiers de la CMU. Ils peuvent également tourner sur ces postes, alors que le personnel des agences reste la plupart du temps au guichet dans des structures plus petites et n'a pas d'échanges avec les agents instruisant les dossiers à temps plein.

Les dossiers des assurés du régime général sont gérés au sein des PSA. Toutes les demandes basiques y sont traitées : modification d'un nom ou d'une adresse, ajout d'un enfant, etc. Les assurés du système général peuvent se rendre dans n'importe quel centre d'accueil. Il en va de même pour les demandeurs de la CMU de base et complémentaire. Leurs dossiers sont envoyés au siège du PSA pour être traités⁹. De même, les demandeurs de l'AME peuvent déposer leur dossier et être reçus dans n'importe quel centre d'accueil du PSA. Leurs dossiers sont par contre envoyés ensuite au service AME, au siège de la CPAM, car les agents des PSA ne sont pas habilités à les instruire.

Le **centre des Aubépines** est situé dans une des villes les plus pauvres de France, au milieu de cités HLM à côté d'une poste et d'un petit centre commercial. En 2012, le taux de chômage de cette ville est de 24%, le taux de pauvreté de 43% et la part des ménages fiscaux imposés de 43% également. 38% des ménages sont propriétaires.

Le centre des Aubépines est une agence. Huit guichetiers y travaillent : Gladys, Monique, Medhi, Sébastien, Mathieu, Claire, Houda et Ryzlène. Au premier semestre 2009, le centre des Aubépines recensait 814 bénéficiaires de l'AME, 5 424 de la CMU-C et 1 863 de la CMU de base. Le nombre de bénéficiaires qui y est reçu quotidiennement, est plus faible que dans les autres lieux d'accueil observés. La tension n'y est pour autant pas moins forte. Plusieurs altercations entre usagers et agents y ont eu lieu, dont des menaces de mort faites aux agents. Le centre sera d'ailleurs fermé peu de temps après notre départ et la police contactée pour des raisons qui nous sont restées inconnues.

9 A l'exception de ceux des étudiants, gérés par un service spécialisé situé au siège de la CPAM.

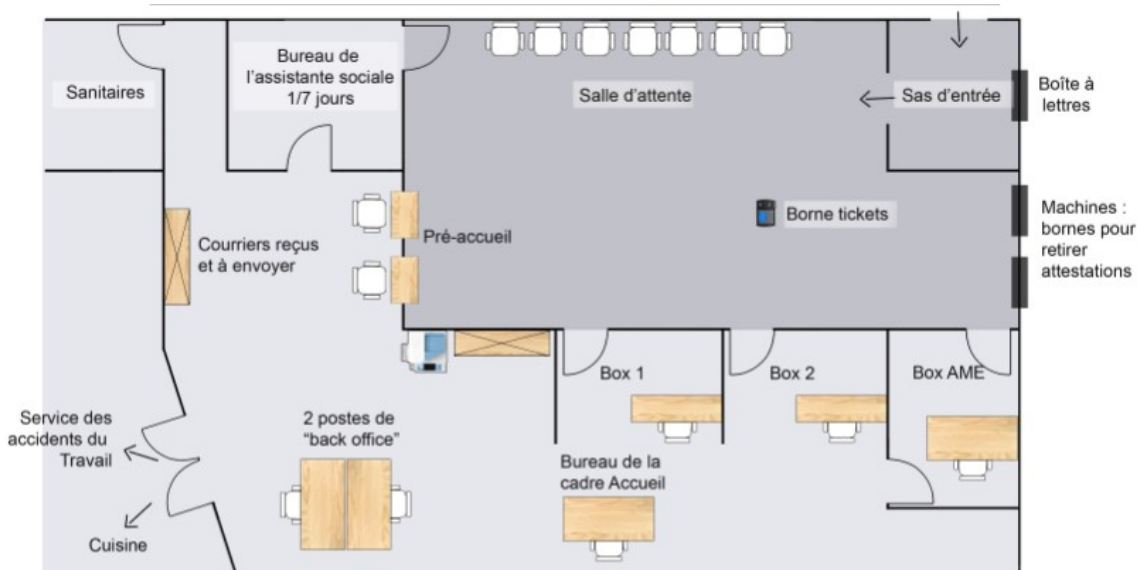


Figure 2 : Plan de l'accueil du centre des Aubépines

Le **centre du Parc** est situé au milieu d'un quartier pavillonnaire d'une ville plus riche que celle des Aubépines. En 2012, le taux de chômage y est de 18,6%, le taux de pauvreté de 25,1%, la part des ménages imposés de 60,6%. 48% des ménages sont propriétaires. Onze agents y travaillent : Stéphanie, Loïc, Priscilla, Awa, Emilie, Redouane, Elodie, Jacques, Claude, Rosie et Anna. Le centre du Parc est un centre « pilote » : l'accueil y a été réaménagé au moment de notre arrivée. Ce nouveau type d'accueil est supposé être installé partout dans le département. Au premier semestre 2009, elle recensait 995 bénéficiaires de l'AME, 6 466 de la CMU-C et 3 356 de la CMU de base.

Le centre du Parc est un PSA. Plusieurs services de « production » sont installés à l'étage, comme ceux des immatriculations et de la CMU-C. Le centre dispose d'une salle de repas pour l'ensemble des agents. Les guichetiers côtoient ainsi les autres agents lors des pauses. Ils travaillent également une semaine par mois au service chargé des dossiers de CMU-C. Ils sont ainsi plus polyvalents que les agents des Aubépines.

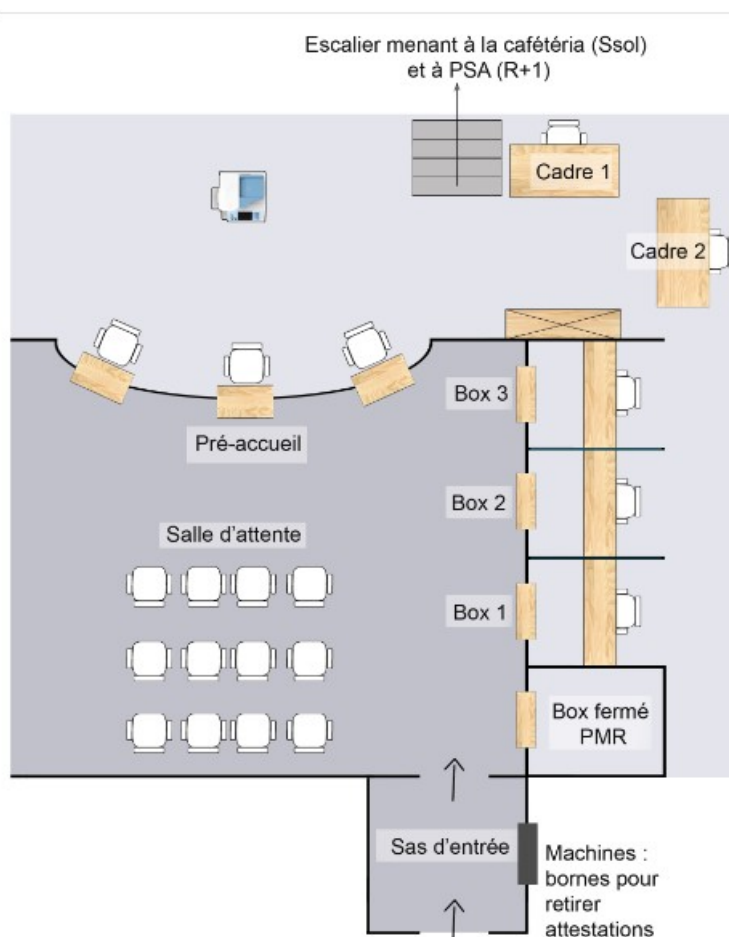


Figure 3 : Plan de l'accueil du centre du Parc

Le **centre des Tourelles** est un « PSA ». Il est situé dans une des villes les plus pauvres de France. Le taux de chômage y est de 24,2%, le taux de pauvreté de 40,8% et la part des ménages imposés est de 47,7%. Le taux de ménages propriétaires est de 22,6%.

Huit agents y travaillent : Marion, Diane, Marine, Laurence, Maryse, Annick, Géraldine, Samia. Gary y fait des remplacements régulièrement lors de notre enquête, les agents n'étant pas assez nombreux pour pouvoir assurer l'accueil. Un vigile y est assigné. Au premier semestre 2009, le centre des Tourelles recensait 3 695 bénéficiaires de l'AME, 12 087 de la CMU-C et 7 092 de la CMU de base.

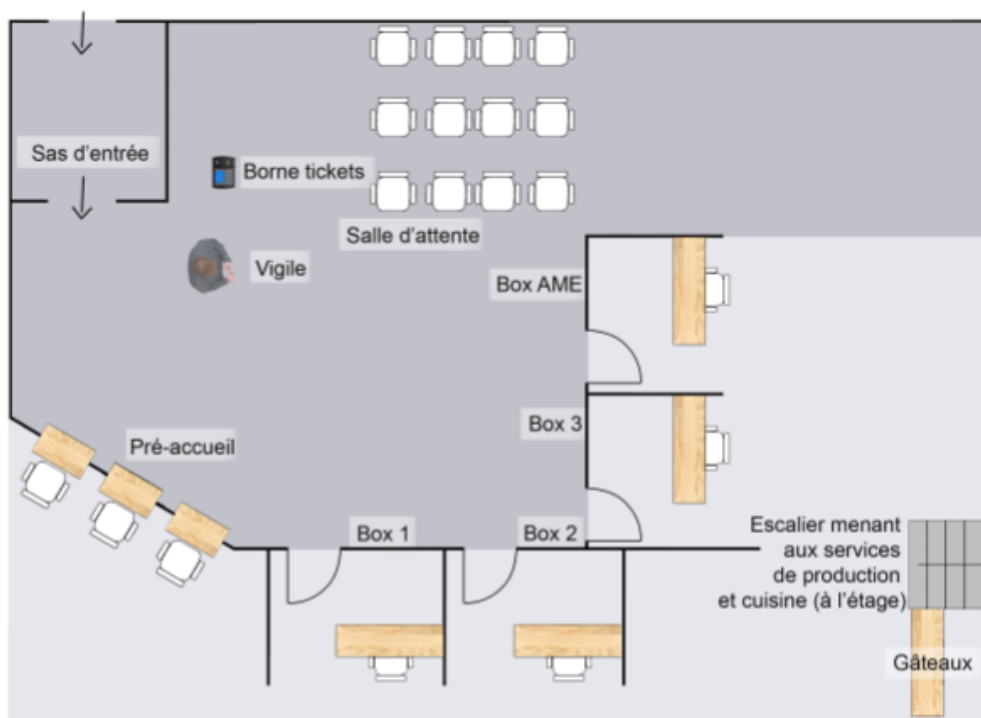


Figure 4 : Plan de l'accueil du centre des Tourelles

Le **centre des Pins** est une agence. Nous n'y avons passé que deux jours avant de pouvoir aller à celui des Tourelles (la cadre de l'accueil étant absente à ce moment-là). Il est situé dans une ville où le taux de chômage est de 23,7%, celui de pauvreté de 35,4%, la part des ménages imposés de 52% et le taux de ménages propriétaires est de 23,3%. Au premier semestre 2009, ce centre recensait 6 914 bénéficiaires de l'AME, 13 677 de la CMU-C et 7 092 de la CMU de base.

Du choix des termes utilisés

Etranger, immigré, migrant.

Les termes et catégories administratives d'« étranger » et d'« immigré » ne se recoupent pas. Il est donc important de les définir pour préciser de qui l'on parle et justifier nos choix.

Selon la définition de l'Insee¹⁰, un **étranger** est « une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme

¹⁰ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment). A la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : on peut, sous réserve que la législation en vigueur le permette, devenir français par acquisition »¹¹.

Selon la définition adoptée par le Haut conseil à l'intégration, est **immigrée** toute « personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré »¹².

Certains chercheurs préfèrent employer les termes « migrant » ou « immigrant » plutôt que celui d'immigré pour éviter de reprendre des catégories administratives ou parce qu'ils jugent les autres termes « fourre-tout » (Musso, 2008 ; Gerbier-Aublanc, 2016). N'utilisant pas ces termes pour désigner nos enquêtés, nous ne trancherons pas et les reprendrons tels que chacun les utilise lorsque nous renverrons à une recherche précise.

Pour notre part, c'est le terme d'étranger que nous allons retenir dans cette thèse. Même si les demandeurs de l'AME sont la plupart du temps des immigrés, ce qui joue dans leur classement au sein du public de l'AME est leur statut d'étranger : c'est en tant qu'étrangers, que non nationaux, qu'ils sont orientés vers cette prestation particulière, et non pas en tant qu'immigrés. Ce qui joue dans cette étude c'est bien le statut juridico-administratif de la personne. C'est du fait de leur extériorité juridique à la nation que des droits ne leur sont pas reconnus, et ce légalement. Certains de nos enquêtés, apatrides, ne sont d'ailleurs pas des immigrés. On parlera donc bien ici d'étrangers, même si leur expérience peut recouper pour beaucoup celle des « immigrés ». Nous n'utiliserons pas uniquement la définition formelle de ce terme. Nous étudierons également les emplois qu'en font nos enquêtés dans le but de comprendre de quelles représentations cette catégorie est chargée. Le terme « étranger » ne renvoie en effet pas qu'à une catégorie juridico-administrative mais peut également révéler des processus de catégorisations et désigner alors sous ce qualificatif un certain type de personnes à qui le désignant impute un certain type de comportements.

11 <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>.

12 <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>.

Sans-papiers, clandestins, étrangers en situation irrégulière

Plusieurs termes sont employés pour désigner les « personnes en situation irrégulière ». Souvent utilisés indifféremment par les journalistes et hommes politiques, il n'est pas rare de les retrouver au sein d'un même article ou d'un même discours, désignant la même personne. Pourtant chaque terme a sa connotation propre. Le choix du terme utilisé démontre d'ailleurs l'idée que les gens se font de ces personnes : quelqu'un qui les désigne comme « sans-papiers » ne perçoit pas leur présence de la même manière qu'une personne qui utilise le mot « clandestin ». Ce choix peut se faire consciemment, lors de l'élaboration d'un discours politique ou militant, comme inconsciemment.

« **Etranger en situation irrégulière** » est le terme employé dans les textes juridiques et administratifs. C'est ainsi que la loi désigne ces personnes. De par son aspect juridique, cette expression a acquis une certaine légitimité et semble la plus neutre d'utilisation. Son emploi permet ainsi d'insister sur le statut administratif de la personne sans émettre de jugement sur sa situation.

Le mot « **sans-papiers** » est actuellement repris dans les discours politique et médiatique en tant que terme permettant de désigner ces personnes de manière « neutre ». Cela lui fait perdre sa connotation première. Il a été utilisé par les militants associatifs et les « sans-papiers » qui se sont ainsi autoproclamés pour désigner leurs conditions de vie lors des premières grèves de la faim. Les médias l'ont réutilisé massivement après l'occupation de l'église Saint-Bernard en 1996. A l'époque, les personnes en situation irrégulière étaient qualifiées principalement de « clandestins ». Ce terme évoquait les trafics, la délinquance ou encore l'insécurité. « Sans-papiers » insiste à l'inverse sur le fait que ces personnes sont victimes de l'arbitraire administratif : « Si je suis sans papiers, c'est que ceux-ci m'ont été refusés ou retirés par l'administration : à l'origine de ma situation, il y a donc non plus ma volonté de me cacher, mais une décision des autorités » (Terray, 2006). Comme l'explique Brigitte Fichet, « l'appellation de sans-papiers contraste avec l'abondance de papiers qu'ils ont avec eux pour attester de périodes de présence (régulière) en France. Elle souligne avec une certaine dérision l'importance de ces papiers officiels pour pouvoir mener une vie normale dans le pays » (1997a : 85). Néanmoins, il peut également prêter à confusion : certaines personnes pensent qu'un sans-papiers est une personne qui n'a pas de carte d'identité. Ce terme conserve son sens militant même s'il est beaucoup critiqué au sein des associations aujourd'hui. En effet certains ne le trouvent plus adéquat du fait des nombreux papiers (personnels ou administratifs) qui permettent à ces personnes de prouver leur identité et leur existence en France.

« **Clandestin** » a une connotation péjorative. Il exprime l'idée que ces personnes entrent en France de manière illégale : dans les soutes d'un avion, cachées dans un camion, etc. et y vivent de manière clandestine : ils se cachent, rasant les murs pour ne pas être découverts, vivent sans sortir de chez eux, etc. Il sous-entend que ces personnes agissent consciemment de manière illégale en ne respectant ni le système ni les lois. Ces personnes sont vues comme malhonnêtes et abusant des failles du système. Le terme « clandestin » est beaucoup utilisé par les politiques et les médias pour son côté sensationnel. Il a également un côté très négatif qui stigmatise et rend illégitimes ces personnes. Contrairement à « sans-papiers » qui les légitime en insistant sur le fait que ces personnes sont comme les autres mais dépourvues de papiers, « clandestin » met en avant le fait qu'elles n'ont pas respecté les règles en venant clandestinement en France. Ainsi, comme l'explique Brigitte Fichet, « la notion est ambiguë : la dimension du secret s'allie à celle de l'illicite, impliquant un jugement de valeur même si celui-ci n'est pas nécessairement de l'ordre de la condamnation » (Fichet, 1997b).

Dans cette thèse nous utiliserons principalement « étranger en situation irrégulière » justement parce qu'il est le plus neutre et le plus employé par les agents. Si nous utilisons « sans-papiers », ce sera en général pour parler des étrangers qui se désignent ainsi d'eux-mêmes. Nous reviendrons toutefois sur les manières dont chacun construit ces catégories, et ce qu'il désigne par ces termes.

Assistés, demandeurs, bénéficiaires, usagers.

Assisté, demandeur, bénéficiaire, usager, quelles différences entre ces termes ? Comment les utiliser ? La question de la dénomination des « usagers de l'AME » s'est longtemps posée dans ce travail de thèse car aucun de ces termes n'est neutre. La question était d'autant plus délicate que, l'enquête ayant eu lieu au sein d'une administration, l'absorption d'un vocabulaire administratif de façon automatique et non questionnée a été très importante dès le départ. Les mots « demandeurs » et « bénéficiaires » sont très fréquemment employés dans le jargon administratif pour désigner respectivement celui qui fait la demande de prestations, qui dépose un dossier, et celui qui obtient cette prestation et en « bénéficie » alors. Toutefois ces deux termes ne sont pas neutres : « demandeur » renvoie la personne à une certaine position, une position où elle est obligée de demander quelque chose car elle ne peut l'obtenir de manière automatique. Il évoque alors plutôt des prestations de l'aide sociale perçues plus comme des faveurs que comme des droits. De même le terme « bénéficiaire » pose question puisqu'il place la personne qui en « bénéficie » dans une position inférieure. « Bénéficiaire » peut véhiculer l'idée d'une faveur, d'un bon vouloir plus que d'un droit. De même, « assisté »

est un terme extrêmement lourd de sens puisqu'il renvoie à l'image d'une personne qui « bénéficie » (justement !) d'une aide qui lui est attribuée selon des critères souvent liés à un faible niveau de ressources. « Assisté » renvoie également à l'idée que cette personne vit grâce à la solidarité nationale et ne peut s'en sortir toute seule. Ce terme véhicule souvent aussi l'idée d'« abus », l'« assisté » étant celui qui abuse du système, qui ne fait pas d'effort pour s'en sortir par lui-même, pour essayer de travailler et gagner sa vie mais préfère ne rien faire et avoir l'argent qui lui tombe directement dans la poche via l'aide sociale.

Ces termes ne sont donc pas neutres, mais c'est justement pour cela et pour les clichés qu'ils véhiculent qu'ils nous intéressent. L'objectif de cette thèse étant d'étudier entre autres les effets des catégorisations (en termes d'assuré, d'assisté et de droit et devoir) sur la relation entre les agents de l'Assurance maladie et les personnes de l'autre côté du guichet et sur l'accès aux soins, l'utilisation et l'étude de ces termes nous paraît essentielle. C'est pourquoi nous parlerons ici de « bénéficiaires » comme de « demandeurs » de la CMU et de l'AME parce que ces termes renvoient à une certaine perception de ces personnes et les placent dans un certain rapport de domination. De façon plus générale, quand il ne s'agira pas de renvoyer à cette idée de « bénéfice » et de « faveur », nous préférons parler d'« usagers », même si ce mot procède d'une longue histoire et n'est pas neutre non plus (Jeannot, 1998), il reste néanmoins généralement utilisé par les recherches en sociologie de l'administration.

Nous parlerons également d'« assistance » plutôt que d'aide sociale, le terme « aide sociale » ayant été utilisé à partir de 1953 pour éviter la stigmatisation qu'entraînait celui d'« assistance ». Nous utiliserons « aide sociale » uniquement comme terme juridique, pour qualifier notamment l'AME qui est une prestation d'aide sociale, ou pour désigner l'Institution (dans ce cas nous parlerons de l'Aide sociale). Nous utiliserons le terme d'assistance pour désigner le modèle de prestation auquel on se réfère, ou plutôt la technique d'affiliation, en opposition avec l'assurance¹³. Nous utiliserons le terme « assistés » pour désigner les bénéficiaires de l'aide sociale ou des prestations hybrides entre assistance et assurance. Nous employons ce terme sans connotation péjorative, désignant par-là des personnes qui bénéficient de ce système. Notre emploi du terme « assisté » renvoie à la définition des « pauvres » de Georg Simmel (2011) soit les personnes qui bénéficient de l'aide sociale. Nous privilégierons ce terme par rapport à celui de « pauvres » car « assistés » renvoie ici à l'opposition avec les « assurés sociaux », c'est-à-dire ceux qui bénéficient de l'assurance sociale. Néanmoins, nous verrons que pour plus de clarification dans les usages qui sont faits par les agents du terme « assisté », nous distinguerons parmi ce public, dès que

13 En matière d'assurance, nous parlerons de l'« assurance maladie » lorsqu'il s'agira de la couverture maladie et d'« Assurance maladie » quand on voudra désigner l'institution.

nous le pourrons les « bénéficiaires de l'Aide sociale » (ceux dont la prestation est gérée par cette institution) des « non contributeurs » (ceux dont la prestation relève de la logique assistantielle – ils obtiennent une protection sociale sans avoir cotisé au préalable – sans qu'elle soit pour autant gérée par l'Aide sociale).

Plan de la thèse

Notre thèse s'organise en trois parties. Dans la première, nous reviendrons sur le fonctionnement du dispositif de l'AME. Nous nous intéresserons à la manière dont il a été pensé et construit et à l'expérience qu'en font les étrangers en situation irrégulière. Nous verrons que l'organisation de ce dispositif, en maintenant à part les étrangers en situation irrégulière, entraîne des difficultés d'accès aux soins. Nous insisterons sur le fait que c'est l'articulation entre le statut d'étranger en situation irrégulière, celui de non contributeur au système de protection sociale et celui de bénéficiaire de l'Aide sociale qui fonde leur expérience sociale et engendre un traitement différentiel, voire discriminant. L'AME ne peut néanmoins pas être qualifiée de dispositif d'exclusion puisqu'elle permet une intégration de ces personnes au système de soins, même si cette intégration reste à l'écart.

Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la manière dont les agents des CPAM appréhendent ce nouveau public. Nous verrons que la mise en œuvre de l'AME et de la CMU-C modifient les missions des agents : ce n'est plus uniquement au titre de la famille et du travail que les personnes sont affiliées, mais aussi à celui de leur pauvreté. Nous analyserons alors comment les agents catégorisent ces usagers : nous verrons que plus que des catégorisations ethno-raciales, c'est en fait une rhétorique du soupçon qui se développe dans les CPAM à tous les niveaux. Les agents sont invités par les directives, les outils mis en place et leurs responsables à être soupçonneux, et ce notamment à l'égard des demandeurs de l'AME. Nous verrons néanmoins que cette rhétorique du soupçon ne concerne pas que ces derniers mais l'ensemble des étrangers perçus comme de mauvais pauvres par les agents et accusés de venir en France pour profiter du système. La mission de lutte contre la fraude devient alors aussi importante que celle d'ouverture de droits et peut pousser les agents à investir une posture de « gardien du système ». Cette logique du soupçon peut jouer sur l'attribution de l'AME en la rendant plus complexe.

Dans une troisième et dernière partie, nous explorerons les conditions de travail des agents. Nous verrons qu'elles formatent en partie leurs rapports avec les usagers. En réduisant le travail à une recherche de productivité, les techniques de la nouvelle gestion publique modifient le sens que les agents lui donnent, mais aussi l'étendue de leurs missions. Ils se

retrouvent alors à faire un travail plus proche de l'abattage que de l'aide et du conseil aux personnes. Les rapports de concurrence institués par les nouvelles techniques de gestion des ressources humaines les placent dans des positions difficiles où leur situation de dominants est contestée par les usagers. Les agents qui ne savent plus quel sens donner à leur travail vont pouvoir surinvestir les relations avec les demandeurs de l'AME, les seuls pour lesquels les politiques publiques ont finalement laissé des temps de réception plus longs dans le but de prévenir les abus. Nous verrons ainsi comment les figures de demandeurs et la logique du soupçon sont utilisées par les agents pour répondre aux exigences du travail mais aussi lui donner un sens.

PARTIE 1 : LES FRONTIERES DE LA SOLIDARITE. UNE MISE A L'ECART NUANCEE DES ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIERE DANS LE SYSTEME DE PROTECTION MALADIE.

INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Depuis sa mise en place en 2000, l'aide médicale d'Etat a suscité de nombreux débats. Prestation qui ne compte que 215 764 bénéficiaires et ne représente que 0,34 % des dépenses de la branche maladie en 2009 (Izambert, 2014), elle fait pourtant les titres des journaux de manière récurrente lors des campagnes électorales et du vote annuel du budget de l'Etat. Ses conditions d'obtention ont été remises en cause à trois reprises en 2002, 2003 et 2011. Et elle a fait l'objet de trois rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). En comparaison, la CMU-C, qui a été instaurée en même temps, n'a fait l'objet d'aucune modification, alors qu'elle compte 4 203 711 bénéficiaires en 2009, soit près de vingt fois plus que l'AME, et qu'elle repose sur les mêmes conditions d'attribution que l'AME, à l'exception près que cette dernière ne s'adresse qu'aux étrangers en situation irrégulière, tandis que la CMU-C concerne les Français et les étrangers en situation régulière.

La dernière réforme de l'AME prévoyait la mise en place d'un droit d'entrée de trente euros pour tous ses bénéficiaires. Elle est supprimée à l'été 2012, après l'élection présidentielle de François Hollande. A l'automne 2012, Christian Jacob, le patron des députés de l'union pour la majorité présidentielle (UMP), et Claude Goasguen, député UMP de Paris, déposent une proposition de loi visant à restaurer cette franchise et à limiter la prise en charge de l'AME aux seuls soins urgents. Interviewé à ce sujet par le journal Métro, Dominique Tian, député UMP des Bouches-du-Rhône, déclare : *« Le gouvernement a décidé de manière brutale de revenir sur les mesures prises par le gouvernement Fillon pour limiter l'explosion de l'AME, qui progresse en moyenne de 13 à 14% par an et qui, si on ne fait rien, va atteindre bientôt les 800 millions d'euros. On ne peut pas continuer comme ça. Globalement, il n'y a pas plus de monde bénéficiaire de l'AME et ça consomme de plus en plus. Soit il y a de plus en plus de malades, soit ils trichent. Pourquoi les bénéficiaires de l'AME consomment-ils davantage que les malades français ? Est-ce normal de rembourser des cures thermales ou des procréations médicalement assistées ? Pourquoi traiterait-on quelqu'un qui est entré illégalement sur le territoire avec un remboursement de soins de 100%, sans franchise plutôt que quelqu'un qui y est né ? C'est pour cela qu'on demande le rétablissement d'une franchise de 30 euros par an. On nous reproche enfin, en limitant l'accès à l'AME, de recréer les grandes épidémies du Moyen-âge : la peste, la rubéole, la typhoïde...Sauf que s'ils ont ces maladies-là je préfère que les étrangers restent chez eux »*.

Cette déclaration est présentée en face de celle de Jean-Louis Touraine, député du parti socialiste du Rhône, supposé donner un avis différent dans le cadre de la rubrique « Face à

face » : « *Les dispositions que tente de relancer la droite font partie de tout un ensemble qui avait été pris dans un excès de démagogie et de tentative de séduction de l'extrême droite et visait à pénaliser les malades d'origine étrangère. Premièrement c'était inhumain. Cette mesure empêchait les précaires de se soigner. Après la mise en place de cette franchise, un certain nombre de personnes ne sont pas venues se faire soigner. Deuxièmement, la mise en place d'une franchise est inefficace car ça ne fait aucune économie. Bien souvent cela accroît les dépenses parce que les malades laissent leur pathologie empirer et il faut ensuite les soigner pour un coût plus important. Quand il s'agit d'une maladie infectieuse, le manque de soins augmente les risques de propagation. Dire que la solution c'est d'arrêter de traiter les étrangers, c'est une vision à courte vue qui, au final, coûte beaucoup plus cher. Si vous voulez lutter contre 1 personne sur 100 qui fraude, ce n'est pas en enlevant la possibilité d'accès aux soins aux 99 autres. La fraude doit être punie, mais il n'y a pas plus de fraudeurs étrangers que de fraudeurs français ».*

Au-delà des arguments économiques et de santé publique, des accusations de populisme et de tactiques électorales, ces extraits nous permettent d'appréhender les différents régimes de légitimité et d'illégitimité à partir desquelles les étrangers en situation irrégulière sont inclus ou exclus du système de solidarité, mais aussi les conceptions et les frontières de la solidarité.

A travers ces débats, ce n'est pas tant la question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière qui se joue, mais bien celle de leur accès à la solidarité collective. En effet, dans les discours relevés, personne ne s'oppose à ce que ces étrangers puissent être soignés. Ne pas les prendre en charge est même décrit généralement comme un acte inhumain et non éthique. Le problème que soulèvent ces discours est que ces personnes sont soignées aux frais de la collectivité. Tant qu'elles payent les opérations sur leurs deniers personnels, cela ne pose pas de problème ; mais lorsque les soins sont pris en charge par le système social français, si.

Ce n'est donc pas qu'une question éthique qui se joue ici, mais aussi une question sociale, politique et économique. Analyser les débats autour de l'AME, les arguments donnés en faveur de la légitimité ou de l'illégitimité de la prise en charge collective des étrangers en situation irrégulière permet d'interroger en fait les frontières de la solidarité française. Qui a le droit d'être pris en charge aux frais de la collectivité et qui ne le peut pas ? Qui est inclus dans la collectivité et qui en est exclu ?

Dans ces discours, la solidarité collective, c'est-à-dire le système de protection sociale, est présentée comme un bien commun qui s'adresse à un certain public. Ce dernier n'est cependant pas clairement défini. Ses frontières ne sont pas fixées. La délimitation de ce public change en effet au gré des évolutions du système social français. C'est à ces évolutions que nous allons nous intéresser dans cette première partie.

Nous verrons que la solidarité est multiple et stratifiée. Elle ne se présente pas sous une forme simple et entière, mais repose sur un artefact de nombreuses couvertures sociales, ne s'adressant pas toutes au même public. Elle comprend différents niveaux et statuts, et est hiérarchisée. Certaines couvertures protègent ainsi plus fortement contre les risques que d'autres. Certaines sont attribuées immédiatement, sans discussion, tandis que d'autres, non automatiques, relèvent d'une étude fine et de l'appréciation du décideur.

Tout comme la solidarité, le groupe des étrangers en situation irrégulière est également un ensemble hétérogène regroupant des situations sociales et familiales multiples qui donnent ainsi plusieurs possibilités de rattachement à ces personnes.

Pour explorer la question des frontières de la solidarité, il faut ainsi s'intéresser à ces divers modèles de protection, voir sur quelles logiques chacun repose et comment les uns et les autres s'imbriquent dans le système de solidarité collective. C'est ainsi aux confins de ces différents statuts qu'il faut partir pour comprendre à quels titres les étrangers en situation irrégulière sont exclus ou inclus dans le système ; comprendre pourquoi et comment la question de leur prise en charge peut être abordée en termes de légitimité, faveur, coût et privilège plutôt qu'en termes de droits dans les discours cités plus haut ; et ainsi explorer leurs légitimité et illégitimité au bénéfice de la solidarité.

Pour cela, nous verrons dans un premier temps que les étrangers en situation irrégulière, alors qu'ils bénéficiaient du système d'assurance maladie et d'aide sociale dans les mêmes termes que les autres travailleurs et résidents en France depuis la mise en place du système de Sécurité sociale en 1945, ne peuvent plus y être affiliés ni en tant que travailleurs, ni en tant que résidents à partir du milieu des années 1990. Déconnectés de leur statut de travailleur, ils ne peuvent plus être pris en charge qu'au titre de la faiblesse de leurs ressources par le système d'aide sociale. Ce qui exclut les plus riches de toute prise en charge. Cette mise à l'écart s'explique par la politisation de la question des « étrangers en situation irrégulière », nouvelle altérité qui se construit progressivement en France à partir des années 1970, et qui justifie que ces personnes soient traitées différemment et dépendent de protections spécifiques (chapitre un).

Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons aux conséquences concrètes de cette mise à l'écart sur l'accès aux droits des étrangers en situation irrégulière, que ce soit en termes d'accès au dispositif ou de légitimité à réclamer une couverture maladie. Nous verrons que le renvoi vers le statut de pauvre influence le parcours des demandeurs et leur légitimité, tout autant, si ce n'est plus, que le fait d'être en situation irrégulière. Leur statut, la relégation qu'ils vivent et l'expérience qu'ils en font ne peuvent ainsi être compris qu'en articulant les différents éléments qui constituent leur nouveau statut de « demandeur de l'AME » : des étrangers, en situation irrégulière, pauvres, qui ne cotisent pas au système de solidarité, et qui dépendent du système de l'aide sociale. L'imbrication de ces différents éléments constitue leur expérience sociale (chapitre deux).

Dans un troisième et dernier temps, nous nous intéresserons aux manières dont ces demandeurs mobilisent ces différents attributs pour revendiquer des droits et faire valoir leurs légitimités à être pris en charge par le système de solidarité. A travers leur expérience du dispositif de l'AME, et de l'hôpital, nous verrons que le parcours d'obtention de l'AME tout comme la prestation de l'AME elle-même, ne sont pas vécus uniquement comme des processus de relégation et des obstacles, mais peuvent également devenir des ressources sociales et identitaires en fonction des contextes (chapitre trois).

CHAPITRE 1 : L'ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE : D'UN DROIT ACQUIS PAR LE TRAVAIL À UNE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA PAUVRETÉ ET DE LA RAISON HUMANITAIRE

Gérard Noiriel (2005) a montré dans ses travaux que l'Etat social français s'est bâti à la fin du 19^{ème} siècle sur la base d'un « universel national ». C'est-à-dire que le droit social a défini des règles générales, valables pour tous, mais que cet universalisme se limitait aux nationaux. Toutes les grandes lois d'assurance et d'assistance votées au début du vingtième siècle restreignent ainsi le droit aux prestations aux seuls Français. C'était le cas notamment pour les retraites ouvrières (Noiriel, 2005) et l'aide médicale gratuite (AMG), aide sociale accordée aux plus pauvres pour accéder aux soins à partir de 1893 (Bec, 1998) et ancêtre de l'AME. Les étrangers ne pouvaient en bénéficier qu'à condition que leur pays d'origine ait signé un traité de réciprocité garantissant les mêmes avantages aux Français résidant sur leur sol (Dewhurst Lewis, 2010 ; Isidro, 2015). Au départ, ce ne sont ainsi pas les étrangers en situation irrégulière qui sont exclus de la solidarité collective du fait de leur statut administratif, mais l'ensemble des étrangers en tant que non nationaux.

L'Etat social ne peut toutefois être appréhendé d'un seul bloc. Il repose sur une multitude de protections qui ne sont pas pensées et ne fonctionnent pas de la même manière. De nombreuses personnes, autres que les étrangers, en sont également exclues. L'aide médicale gratuite (AMG) s'adresse ainsi uniquement aux pauvres invalides qui ne peuvent s'en sortir par eux-mêmes, de nombreuses lois sont mises en place à l'égard des enfants, ou des veuves, et la loi sur les retraites ouvrières ne concerne que les ouvriers. Plus tard, le système de Sécurité sociale se forme autour des catégories socioprofessionnelles et n'accorde pas les mêmes droits en fonction des professions. Dès les premières lois d'assistance et d'assurance de la fin du 19^{ème} siècle et du début du 20^{ème} siècle, se met ainsi en place un système de protection stratifié en fonction de statuts sociaux et professionnels. La nationalité n'est ainsi pas le seul critère qui peut exclure des personnes du bénéfice d'une couverture. Néanmoins aucune prestation ciblée n'est mise en place pour les étrangers, et la nationalité reste un critère d'exclusion important.

Cet « universel national » perdure en partie dans le système de Sécurité sociale mis en place en 1945. Certaines prestations sont subordonnées à une condition de nationalité, comme l'allocation adulte handicapé (AAH)¹⁴. D'autres sont soumises à la régularité du séjour¹⁵, comme les allocations familiales. Ces conditions ne concernent, néanmoins, pas les couvertures et prestations maladie. L'accès à l'assurance maladie ne dépend, ainsi, à sa mise en place en 1945, d'aucune condition de nationalité ou de régularité. Tout comme l'accès à l'aide médicale gratuite (AMG), qui devient l'aide médicale départementale (AMD) en 1992¹⁶. Ce n'est qu'à partir de la loi Pasqua du 24 août 1993 que la condition de régularité, qui existait en matière de prestations familiales, va être élargie à l'ensemble des prestations de la Sécurité sociale, et donc à l'assurance maladie.

Dans ce premier chapitre, nous allons ainsi revenir sur l'évolution des référentiels d'affiliation en matière de protection maladie, des années 1945 à la mise en place de l'aide médicale d'Etat au début des années 2000. Par « référentiel d'affiliation », nous entendons les moyens par lesquels, et les statuts au nom desquels, les personnes ont pu être rattachées à un système de protection maladie. En revenant sur les transformations de l'accès à une protection maladie pour les étrangers en situation irrégulière, ce premier chapitre analyse donc principalement les lois, leurs évolutions et les cadres cognitifs, les conceptions de la solidarité, qu'elles instaurent. Nous verrons que nous sommes passés d'un mode d'affiliation aveugle à la nationalité et centré sur le rapport au travail, à un système qui donne une place prépondérante à la régularité du séjour. Ce système d'affiliation, en déconnectant les étrangers en situation irrégulière du statut de travailleur, pose la question de la légitimité de ces derniers à bénéficier de la protection sociale, à la fois en tant que pauvres, étrangers et irréguliers, et autorise un traitement différentiel de ces personnes.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur cette déconnexion du statut de travailleur. Nous verrons comment l'affiliation par le travail a petit à petit été remplacée par un critère de régularité de 1993 à 2000. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la légitimation de ce critère de régularité en matière d'assurance maladie : nous montrerons que c'est l'altérisation du groupe des « étrangers en situation irrégulière » (en opposition à une ethnicisation du groupe des « Français ») et l'évolution des politiques migratoires qui a permis de justifier ce traitement différentiel. Enfin, dans un dernier temps, nous nous intéresserons aux types de droits et aux logiques d'affiliation qui perdurent pour ces

14 Cette condition est supprimée en 1990, comme nous allons le voir ensuite.

15 Loi n°46-1385 du 22 août 1946.

16 Bien qu'en 1893, l'obtention de l'AMG soit soumise à une condition de réciprocité, cette condition disparaît, mais nous n'avons pu retrouver la date où ce changement s'effectue.

personnes. Nous verrons que leur exclusion de l'Assurance maladie reste partielle, et que leur accès au système se fait finalement plus au titre de la compassion que du droit social.

1.1 D'UNE SOLIDARITÉ DÉFINIE SELON LE RAPPORT AU TRAVAIL À UNE SOLIDARITÉ DÉFINIE PAR LA SITUATION DU SÉJOUR

Le système de protection sociale qui se met en place en 1945 a pour cibles principales le travailleur et sa famille. C'est au titre du travail, en cotisant, que ce dernier se protège lui et ses ayants-droits (conjoint et enfants). Ce système repose ainsi au départ sur deux référentiels d'affiliation : le travail et la famille. Le second est subsidiaire au premier, et ne permet pas d'être affilié en son nom, seulement en tant qu'ayant droit de son conjoint ou de ses parents.

1.1.1 LA DÉCONNEXION DU STATUT DE TRAVAILLEUR

Jusqu'à la loi Pasqua du 24 août 1993, aucune différence n'est faite en matière d'assurance maladie entre les étrangers en situation irrégulière, ceux en situation régulière et les Français. La nationalité et le statut de séjour n'entrent pas en compte en ce qui concerne l'affiliation à l'assurance maladie. Seuls les principes de **territorialité** (la personne doit résider en France pour en bénéficier) et de **cotisation** (la personne doit cotiser via son travail pour être protégée) prévalent. Les Français et les étrangers bénéficient ainsi à cette époque de l'assurance maladie dans les mêmes conditions, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière. L'important est en effet de travailler. Ou d'être ayant droit d'une personne qui est salariée : les enfants et époux peuvent ainsi être rattachés à la couverture maladie de leur parent ou époux qui travaille. Le fait d'être en situation irrégulière n'est alors ni stigmatisant, ni pénalisant.

De même, il n'y a pas de conditions de régularité et de nationalité à remplir pour bénéficier du système d'aide sociale, soit de l'aide médicale gratuite (AMG), puis de l'aide médicale départementale (AMD). L'AMD est une aide qui permet aux personnes d'être soignées et d'obtenir des médicaments gratuitement. Elle s'adresse autant aux Français qu'aux étrangers en situation régulière ou irrégulière. Les bénéficiaires sont triés en fonction de leur niveau de ressources, de leur besoin de soins et doivent justifier d'une résidence dans le département, mais en aucun cas de la régularité de leur séjour.

Avant 1993 et 2000, les étrangers en situation irrégulière sont ainsi affiliés en fonction des mêmes conditions que l'ensemble de la population : leur statut professionnel, leur résidence, leurs revenus. Ils peuvent dépendre de la Sécurité sociale autant que de l'aide sociale. Leur statut administratif d'« irréguliers » n'entre pas en compte dans cette répartition. C'est le travail et la famille ou leur besoin de soins et leur manque de ressources ainsi que leur résidence sur le territoire qui permettent aux personnes d'être protégées.

Le système de Sécurité sociale de 1945 s'adresse ainsi au travailleur et à sa famille. Mais l'ensemble des travailleurs n'est pas traité de la même manière : c'est une affiliation socioprofessionnelle qui est mise en place, c'est-à-dire que la protection de chacun dépend de sa profession. Le cadre d'action est sectoriel : c'est au sein d'un secteur (de l'industrie, de la fonction publique, etc.) que l'individu est affilié via sa profession. Des caisses de protection s'étaient déjà mises en place avant l'instauration de la Sécurité sociale et des premières lois d'assurance de 1928-1930. Le nouveau dispositif reprend ainsi leur cadre de fonctionnement, ce qui explique pourquoi le niveau de cotisation et de protection n'est pas forcément le même en fonction des secteurs, et pourquoi différents types de caisses et régimes sont mis en place : la caisse des travailleurs salariés, celle des indépendants, celle des agriculteurs, le régime des fonctionnaires, celui des cheminots, celui des étudiants, etc. Les protections peuvent ainsi différer en fonction de la profession, mais pas en fonction de la régularité du séjour ou de l'origine nationale.

La loi Pasqua du 24 août 1993 marque un tournant dans le mode d'affiliation à la Sécurité sociale, en inversant l'ordre des priorités. Jusqu'en 1993, c'était le fait de travailler qui prévalait. Ce n'était que dans le cas où une personne ne travaillait pas qu'elle pouvait être protégée au titre de sa famille ou d'une prestation sociale (comme le RMI). Ces derniers modes de rattachement étaient subsidiaires. A partir de 1993, le travail ne permet plus d'affilier directement les étrangers, ce n'est plus le fait d'être salarié et de cotiser qui prévaut dans leur cas mais, d'abord, d'être en situation régulière en France. La condition de régularité se rajoute ainsi et devient le critère déterminant de rattachement, primant sur celui du travail.

Le statut protecteur de l'emploi ne leur est pas reconnu, tout comme le statut de travailleur. La mise en place de la Sécurité sociale en 1945 avait signé l'instauration d'un nouveau régime de protection. Alors qu'auparavant, seuls les pauvres étaient pris en charge au nom de la charité avec l'Eglise puis de l'assistance publique avec les communes et l'Etat, la Sécurité sociale confère une protection au travailleur. Elle le protège contre ce qui est présenté comme des « risques sociaux » (accident, maladie, vieillesse, charge de famille) qui pourraient lui faire perdre sa force de travail. Or le travailleur n'a qu'elle pour vivre. Mettre en place ces couvertures permet ainsi de lui assurer une protection qu'il ne peut trouver autrement, n'ayant

pas de propriété privée. Un changement de perspective se met ainsi en place avec la Sécurité sociale : ce ne sont plus seulement les indigents invalides (qui ne peuvent travailler) qui doivent être aidés par l'Etat mais aussi le travailleur et sa famille, pour leur éviter de devenir pauvres. C'est une politique de prévention de la pauvreté qui est permise grâce à la naissance du statut de l'emploi : le salarié est désormais protégé par le statut de l'emploi : son travail devient protecteur. Il lui procure un certain nombre de droits sociaux qui sont autant de protections contre des risques. Par son travail, il cotise à un salaire indirect qu'il peut toucher en cas de besoin s'il perd son emploi (chômage) ou ne peut plus l'exercer pour des raisons d'âge (retraite) ou de santé (assurance maladie). C'est son travail qui lui permet d'avoir des droits. Les cotisations sont alors conçues comme du salaire différé.

En subordonnant la Sécurité sociale à une condition de régularité, c'est le statut de travailleur que la loi Pasqua refuse aux étrangers en situation irrégulière. Bien entendu, elle n'est pas la seule puisque toutes les politiques de restriction de la délivrance des titres de séjour et d'obligation de vérification de ces titres avant l'embauche vont dans ce sens. Néanmoins elle contribue à distinguer la réalisation d'un travail, des droits que ce dernier peut conférer. Le fait que le travail, même déclaré, ne permette pas aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier des protections pour lesquelles ils ont cotisé les précarise, et les place dans une position de dépendance vis-à-vis de leurs employeurs. Subordonner la reconnaissance du statut de « travailleur salarié » à la régularité du séjour ne fait ainsi qu'accroître la distinction opérée entre « travail » et « travailleur » (Morice, 2004).

1.1.2 LA NON RECONNAISSANCE DU STATUT DE RÉSIDENT

Après la protection par le travail, c'est un autre moyen d'affiliation à l'assurance maladie qui est refusé aux étrangers en situation irrégulière : la résidence. Ce nouveau moyen d'affiliation est mis en place au début des années 2000 avec la création de la couverture maladie universelle (CMU). Il répond à une demande des associations et permet de lutter contre les difficultés d'accès aux soins. Avec la CMU, c'est un nouveau référentiel d'affiliation qui est mis en place : la résidence. Il ne concerne toutefois pas, à nouveau, les étrangers en situation irrégulière.

1.1.2.1 UNIVERSALISER LA PROTECTION MALADIE

La CMU est créée pour permettre de couvrir l'ensemble de la population résidant en France contre le risque maladie. Le modèle de rattachement socioprofessionnel laissait, en effet, des personnes de côté. Or le but de la Sécurité sociale, et ce dès sa mise en place en 1945, était, à terme, de protéger l'ensemble de la population vivant sur le territoire français. Le programme du Conseil national de la résistance du 5 mars 1944 et l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui institue la Sécurité sociale précisent ainsi : « La Sécurité sociale (...) ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ».

Ce but peut sembler en contradiction avec le choix d'une affiliation par le travail, puisque cette dernière exclut les non travailleurs de la possibilité d'obtenir une couverture sociale en dehors du statut d'ayant droit. Mais, en 1945, ces deux objectifs ne paraissent pas opposés. Les créateurs du plan de Sécurité sociale pensent que le plein emploi sera atteint dans les années à venir et qu'il garantira ainsi la protection de l'ensemble des citoyens. Le plein emploi n'arrivant pas, l'option d'une affiliation socioprofessionnelle s'avère rendre l'universalisation impossible. Ceux qui n'ont jamais travaillé et ne peuvent être rattachés par le bénéfice d'une prestation (comme le chômage) ou en tant qu'ayants droit restent en dehors du système. Les gouvernements cherchent alors à mettre en place d'autres techniques d'affiliation qui permettraient de protéger l'ensemble de la population vivant en France.

Le gouvernement recourt tout d'abord au système de cotisation personnelle pour affilier ces personnes à l'assurance maladie. L'**assurance volontaire**, créée en 1967, permet ainsi aux personnes, ne travaillant pas ou pas suffisamment pour se voir ouvrir des droits, de s'assurer en payant elles-mêmes leurs cotisations. Le montant des prélèvements étant très élevé, les personnes à faibles ressources n'y ont cependant pas accès. D'autant plus que, pour pouvoir bénéficier de l'assurance volontaire, elles sont parfois obligées de racheter les cotisations d'années antérieures, ce qui leur est impossible (Frotiée, 2004).

Les plus pauvres peuvent obtenir l'aide médicale gratuite (AMG), un système d'aide sociale qui permet aux personnes justifiant d'un besoin de soins et dont les ressources sont inférieures à un plafond de pouvoir accéder ponctuellement à des soins. Cette aide est distribuée par les commissions locales, souvent sous la forme de tickets permettant d'être pris en charge pour une certaine durée et une certaine maladie. Les plafonds et le type de soins pris en charge varient néanmoins en fonction des départements. De plus, les personnes dont les ressources

sont supérieures aux plafonds de l'AMG, et qui ne peuvent être rattachées par le travail, un statut ou leur famille et n'ont pas les moyens de payer ces cotisations restent en dehors du bénéfice de toute couverture maladie.

Une deuxième solution est alors de recourir à l'assistance pour permettre de protéger plus de monde. La loi du 2 janvier 1978 remplace l'assurance volontaire par **l'assurance personnelle**. L'assurance personnelle, tout comme l'assurance volontaire, va permettre aux personnes non salariées ou ayants droit de salariés d'être protégées au titre de leur résidence. Elle « introduit le critère de résidence dans le système de protection maladie en rappelant que "toute personne résidant en France a droit à une couverture maladie" » (Frotiée, 2006 : 34). Plus large et plus souple que l'assurance volontaire, l'assurance personnelle permet de protéger plus de monde en soumettant la cotisation à des tiers quand l'individu n'est pas capable de les payer lui-même : la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) pour les bénéficiaires de prestations familiales, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour celles qui reçoivent des prestations vieillesse, et enfin les collectivités locales ou l'Etat pour les bénéficiaires de l'aide médicale gratuite (Frotiée, 2004). L'assurance personnelle regroupe ainsi un large éventail de population : à la fois des personnes rentières qui, ne travaillant pas, ne peuvent être affiliées mais ont les moyens de payer leurs cotisations, et des personnes qui ont de faibles ressources voire quasiment aucune, et pour qui la prise en charge par un tiers est nécessaire.

Avec la mise en place de l'assurance personnelle, l'accès théorique à l'assurance maladie semble ainsi généralisé, et l'universalisation de la couverture maladie achevée. Toutefois, dans la pratique, de nombreuses personnes restent encore sans couverture. En effet, l'assurance personnelle ne prend en charge que les dépenses de la part Sécurité sociale. Pour que les dépenses complémentaires soient remboursées, les affiliés doivent souscrire à une mutuelle. Bien que le système d'aide médicale finance le reste à charge (ticket modérateur, forfait hospitalier) pour ceux qui n'en ont pas les moyens, l'accès aux soins des plus pauvres reste difficile : soit parce qu'ils ne peuvent payer eux-mêmes leurs cotisations et sont au-dessus des plafonds de prise en charge des tiers, soit parce que la complexité du système d'aide médicale et de prise en charge par un tiers les empêche au final d'obtenir ces prestations.

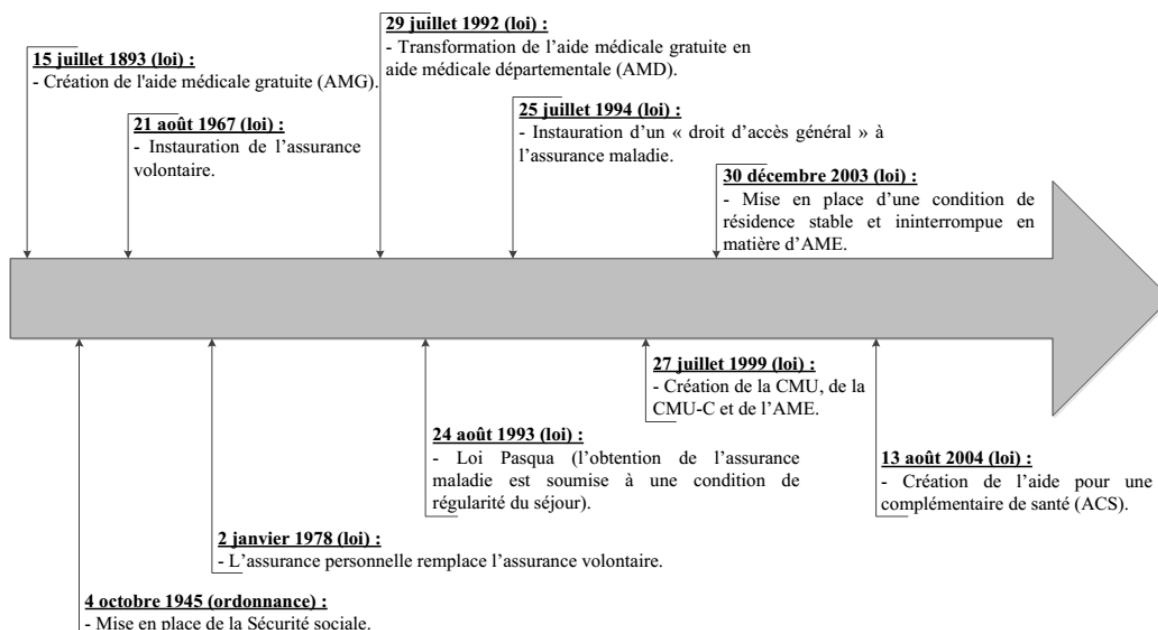


Figure 5 : Généralisation de la protection maladie de 1893 à 2004

1.1.2.2 LA MÉDIATISATION SOCIALE ET POLITIQUE DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

Porté par les associations, le gouvernement va chercher à rendre plus performant ce système d'autant plus que le fonctionnement de l'AMG est très critiqué. A partir des années 1980, la question de l'accès aux soins des personnes pauvres et des inégalités de santé est rendu plus visible par les associations et les institutions¹⁷. Différents éléments ont contribué à cela.

La montée du chômage, tout d'abord, ainsi que la précarisation de la société qui l'accompagne ont accru le pourcentage de personnes touchées. De nombreuses mesures de baisse des remboursements et des dépenses de l'Etat ont été décidées pour résorber le déficit : en 1967, le ticket modérateur sur les soins ambulatoires est augmenté de 30% et un ticket modérateur d'ordre public non remboursable par les mutuelles est créé ; en 1983 est mis en place un forfait hospitalier dont le montant n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale (Palier, 2005). De ce fait, avoir une mutuelle devient nécessaire pour pouvoir accéder aux soins et aux médicaments. Ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir une couverture complémentaire, même s'ils peuvent être couverts par l'assurance maladie via le chômage ou les prestations sociales, se retrouvent exclus du circuit médical et renoncent à se faire soigner.

¹⁷ La question de la pauvreté n'avait pas disparu pendant les Trente Glorieuses (en témoigne l'appel de l'abbé Pierre le 1er février 1954), mais l'action publique ne s'en était pas saisie.

Une opération de médiatisation politique mise en scène par la droite et les communistes, pour dénoncer l'incapacité du gouvernement socialiste à gérer ces questions, a également participé à rendre plus visibles les problèmes d'accès aux soins (Palier, 2005). Le système de protection sociale est accusé d'être inefficace du fait de procédures complexes et bureaucratiques qui renforcent les mécanismes d'exclusion sociale (Rosanvallon, 1992). La structure de la Sécurité sociale, basée sur des politiques sectorielles spécialisées et cloisonnées, est jugée inadéquate pour prendre en charge ces situations qui cumulent différents handicaps. Selon ces critiques, les personnes ont besoin d'une prise en charge globale plutôt que d'être renvoyées d'une administration à une autre (Palier, 2005).

L'émergence d'une nouvelle génération d'associations dans les années 1980, enfin, concourt également à rendre ces questions plus visibles, notamment via l'utilisation de nouvelles méthodes telles que les prises de position très médiatisées et le recours à des personnalités politiques et du « show-business » (Froitié, 2004). Ces associations interpellent les pouvoirs publics, les parlementaires et la presse pour obtenir l'effectivité des droits-créances¹⁸ dans le domaine de la santé notamment (Froitié, 2004). Parmi ces associations, on retrouve celles dites « sans frontières », qui intervenaient auparavant uniquement à l'étranger, mais qui, constatant que de nombreuses personnes sont exclues des soins en France, ont décidé d'agir sur le territoire national également. En 1986, Médecins du monde ouvre ainsi sa « mission France » et installe un premier dispensaire de soins gratuits. En 1987, Médecins sans frontières crée la « Mission Solidarité France », et la Croix-Rouge décide également d'intervenir en France. D'autres associations ouvrent par la suite des consultations pour les « exclus ». Des bus vont également être aménagés pour pouvoir toucher un maximum de personnes (celles qui ne se déplacent pas dans les consultations ou dispensaires), le but étant non seulement de délivrer des messages de prévention et les inciter à se rendre dans des structures de soins, mais aussi d'alerter l'opinion et faire pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils réforment le système de protection sociale (Parizot, 2003).

Ces associations dénoncent le caractère discrétionnaire de l'aide médicale (cf. Encadré 1), la complexité des démarches administratives ainsi que les dysfonctionnements qui créent des ruptures de droits et des renoncements aux soins (August et Veïsse, 1999), et réclament l'effectivité de l'accès aux droits fondamentaux des plus pauvres (logement, santé, travail).

18 Les « droits créances » (droits à) sont à distinguer des « droits libertés » (droits de). Les droits libertés renvoient à des pouvoirs d'agir (droit de se réunir, de s'associer...), les droits créances renvoient, eux, à des pouvoirs d'exiger (droit à la protection sociale, au travail, à la santé, aux loisirs...). Les droits libertés sont considérés comme des droits « durs » ou « forts » car ils peuvent être mis en place dès qu'ils sont consacrés par les textes. Les droits créances sont eux considérés comme des droits « mous » ou « faibles ». Leur application nécessite une intervention de l'Etat, d'où des revendications menées auprès des institutions publiques. (Borgetto et al., 2004).

Encadré 1 : Disparités territoriales en matière d'aide médicale

Les départements, bien que tenus au respect de règles d'attribution nationales (comme par exemple le bénéfice de l'aide médicale de plein droit pour les allocataires du RMI et leurs ayants droit), avaient la possibilité de mettre en place des règles locales concernant l'obtention de l'aide médicale (notamment avec l'instauration d'un barème de ressources), la nature des prestations remboursées et l'étendue de la couverture.

Les études de Marie Ruault (2000) et Bénédicte Boisguérin et al. (2001) montrent que le plafond de ressources varie selon les départements : quatre fois sur dix, il est au niveau du RMI (soit 2 429 francs en 1998), deux départements (le Gers et les Hautes-Pyrénées) n'en ont pas, un l'a fixé à 1400 francs et seize autres au-dessus de 3000. Parmi ces derniers, seuls cinq avaient en 1998 un niveau de barème équivalent ou supérieur à celui fixé dans le cadre de la CMU soit 3 500 francs pour une personne seule.

Le niveau de remboursement et la nature des soins pris en charge ne sont également pas les mêmes : certains départements assurent un remboursement au-delà des tarifs de la Sécurité sociale (particulièrement dans les cas des frais dentaires et optiques), d'autres financent des aides indirectes comme les frais d'obsèques, de chambre particulière en cas d'hospitalisation ou d'aide ménagère. Enfin, la prise en charge des dépenses médicales n'est pas la même d'un département à l'autre : elle représente ainsi de 10.5% à 84.5% du total du montant engagé par les départements en matière d'aide médicale (Boisguérin et al, 2001).

La nature des titres émis diffère aussi : une minorité de départements utilise des étiquettes, bons ou notifications tandis que la majorité délivre une carte santé ou une carte d'assuré social comportant la mention « aide médicale ». Dix-huit départements octroient uniquement des titres individuels tandis que les autres donnent des titres familiaux.

Enfin, certains départements ont fixé des limites territoriales à l'utilisation de l'aide médicale : dans certains cas elle n'est valable que dans le département, pour d'autres la validité peut s'étendre aux communes limitrophes ou encore être régionale, mais les restrictions peuvent aussi concerner une liste précise de départements ou dépendre de la nature des soins : deux départements ont ainsi fixé une limite territoriale uniquement dans les cas de dépassements tarifaires ou de frais ambulatoires.

Les associations demandent deux évolutions : la simplification administrative du système de protection sociale et la mise en place d'une couverture maladie des plus pauvres. Pour cela, elles vont travailler en étroite collaboration avec les cabinets ministériels et les hauts

fonctionnaires en charge de ces questions. Le père Joseph Wrésinski, fondateur du mouvement ATD Quart Monde, est ainsi nommé en 1979 comme personnalité qualifiée au Conseil économique et social. Il peut alors faire valoir ses idées auprès des conseillers qui siègent dans la section des affaires sociales (Viguié, 2008). Et ce, avec un certain succès : sa notion de « quart monde », qui désigne la part de la population française touchée par la grande pauvreté, est reprise dans des rapports officiels (Péquignot en 1979 et Oheix en 1981) et son rapport est adopté par le Conseil économique et social. Les idées et causes portées par les associations se diffusent ainsi au sein des instances institutionnelles, les pouvoirs publics s'intéressant de plus en plus à la question et commandant des rapports.

1.1.2.3 LA MISE À L'AGENDA DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS PAUVRES

En 1987, le rapport Revol-Strohl issu du groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (mis en place par le ministre des Affaires sociales et de l'emploi Philippe Seguin) met en lumière les difficultés financières qu'elles rencontrent pour se soigner ainsi que leurs difficultés administratives (orientation, information, contact et prise en charge). Des mesures sont alors décidées pour améliorer leur accès à la couverture maladie (Frotiée, 2004).

Tout d'abord, la création du revenu minimum d'insertion (RMI) permet de simplifier l'affiliation d'une part importante du public potentiel de l'aide médicale : les bénéficiaires du RMI sont rattachés automatiquement à l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle et des dépenses complémentaires. La mise en place du RMI entraîne une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale (pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle) de 65% en un an. Admis de plein droit à l'aide médicale, ils représentent la majorité de son public (87% en 1999) (Boisguérin et al, 2001).

La simplification administrative et l'élargissement de la protection maladie continuent avec l'instauration de la loi de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle du 29 juillet 1992, qui transforme l'aide médicale gratuite en aide médicale départementale (AMD). Cette réforme marque une première étape dans la prise de distance de l'aide médicale avec les caractéristiques générales du système d'assistance en prévoyant des conditions d'attribution simplifiées par rapport à la loi de 1893. Elle supprime la condition de « besoin de soins » et le passage par une commission qu'elle remplace par un barème de ressources : l'aide médicale est désormais attribuée pour une durée d'un an (et non plus pour la durée des soins nécessaires) et pour toute la famille (Carde, 2006b). L'aide médicale se rapproche ainsi

du fonctionnement de l'assurance maladie : elle s'apparente à une couverture car elle est préventive : ce n'est pas quand la personne est malade qu'elle l'obtient. L'AMD lui permet de ne pas se soigner au dernier moment, et sur la durée. Elle est enfin moins soumise à l'arbitraire puisque les agents n'ont plus à estimer le « besoin de soins ». L'aide médicale s'éloigne ainsi du modèle de prestation individuelle délivrée sur l'étude d'une situation précise, pour se rapprocher de celui, plus sûr, d'un droit accordé en fonction du statut de la personne (qui est ici celui de l'« exclu », du « pauvre », et qui s'évalue selon le niveau des ressources).

La loi du 25 juillet 1994, quant à elle, institue un « droit d'accès général » à l'assurance maladie : dès que la personne dépose une demande à la caisse primaire d'assurance maladie, une couverture maladie lui est automatiquement donnée pour une période de trois mois, laps de temps qui permet à la caisse d'effectuer des recherches pour savoir à quel titre la personne peut être rattachée (travailleur, ayant droit, étudiant, etc.). Cette procédure permet de simplifier l'affiliation des personnes qui se voient ouvrir des droits immédiats plutôt que d'être obligées d'attendre que leur dossier ait été étudié pour en bénéficier (Froitiée, 2004).

1.1.2.4 LA MISE EN PLACE DE LA LOI CMU

Malgré les réformes, trois problèmes se posent encore aux personnes affiliées par la résidence :

- Le fait de bénéficier d'une prestation d'aide sociale, ce qui les met à l'écart : elles n'ont pas les mêmes droits que les autres,
- La question du montant qui reste à leur charge : tout le monde n'a pas les moyens de s'offrir une mutuelle ou de payer le « reste à charge »,
- Les disparités des barèmes, conditions et prestations délivrées selon les départements créent des inégalités territoriales.

La direction de la Sécurité sociale et le ministère de la Santé réfléchissent alors à deux choses : d'une part simplifier le système de protection maladie au sein d'un mode d'affiliation unique dont les conditions seraient les mêmes pour tous sur l'ensemble du territoire, et de l'autre permettre aux plus pauvres de pouvoir payer les frais non remboursés par la Sécurité sociale. Les solutions proposées vont varier en fonction des changements de premier ministre et de gouvernement (Froitiée, 2004).

En 1993, l'objectif est de mettre à plat le système français de protection maladie pour le simplifier et le rendre plus égalitaire. La direction de la Sécurité sociale (DSS) propose que l'assurance maladie (et pas seulement l'assurance personnelle) soit subordonnée à la résidence, ce qui permettrait à tous d'être protégés. Pour cela, le groupe de travail prévoit d'harmoniser les droits et les efforts contributifs entre tous les régimes existants et d'unifier le système via la mise en place d'une nouvelle prestation qui remplacerait toutes les autres : l'assurance maladie universelle (AMU). Toutes les personnes résidant en France seraient désormais automatiquement assurées à ce titre et plus personne ne pourrait être exclu de l'assurance maladie (Froitiée, 2004). Le système serait simplifié et unifié puisqu'il n'y aurait plus qu'un seul régime général. Tous les usagers seraient gérés au même titre par la même caisse. Aucune différence ne serait faite entre eux, ils cotiseraient tous au même degré et auraient ainsi les mêmes droits.

Parallèlement à ce projet, la DSS travaille dès 1993 à une prise en charge partielle de la mutuelle pour les ménages à faibles ressources (mais dont les revenus sont supérieurs à ceux des bénéficiaires du RMI, ce qui, de ce fait, les exclut de l'aide médicale). L'objectif est ici de lutter contre le renoncement aux soins. Le projet n'est cependant pas encore celui d'une couverture complémentaire gratuite mais plutôt celui d'une aide au paiement d'une mutuelle telle qu'elle existe aujourd'hui sous la forme de l'aide à la complémentaire santé (ACS)¹⁹.

Ces différentes propositions sont reprises dans le plan Juppé en 1995. Dans le but d'unifier la protection sociale, ce dernier propose de modifier les régimes spéciaux pour uniformiser les niveaux de cotisations et de prise en charge. Cette réforme, fortement désavouée, notamment par les cheminots, déclenche d'importantes manifestations et une grève générale qui mènent à la dissolution de l'assemblée nationale en 1997. Un nouveau gouvernement est alors élu, celui de Lionel Jospin. Dès son arrivée au ministère de la Santé, Martine Aubry reprend le dossier de l'AMU mais refuse de le conserver en l'état : il n'est pas question, pour le nouveau gouvernement, d'affronter de nouvelles manifestations. C'est pour cela que la simplification du système de base va finalement passer par l'élargissement de la condition de résidence et que « le cabinet ministériel de la ministre, à la recherche d'un positionnement politique "de gauche", va progressivement se centrer sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies » (Froitiée, 2006 : 35) plutôt que sur la question de l'universalisation et l'unification de la couverture maladie de base.

19 L'aide pour une complémentaire santé a été mise en place par la loi du 13 août 2004. Elle concerne les personnes dont les ressources dépassent de peu le plafond de la CMU-C. Elle leur permet d'obtenir une aide financière pour adhérer à une mutuelle (le montant est fonction de l'âge du bénéficiaire).

Cette idée va également permettre de répondre à la problématique du renoncement aux soins qui est de plus en plus documentée. L'enquête de juillet 1995 de l'INSEE montre ainsi que 16,4% des personnes prises en charge par la Sécurité sociale ne sont pas affiliées à un régime complémentaire (soit près de 2,3 millions de personnes). En novembre 1997, le rapport « Santé, soins et protection sociale en 1996 », publié par le CREDES, démontre le lien entre le statut social des Français et leur niveau de dépenses de santé : un français sur quatre renonce à des soins pour des raisons économiques. La mise en place d'une assurance maladie universelle sur simple déclaration de résidence est alors présentée comme « une mesure d'urgence dont la nécessité n'est plus contestable » par le Haut comité de la santé publique (Frotiée, 2006 : 36).

Martine Aubry modifie ainsi les priorités de la réforme : l'objectif n'est plus de créer une couverture maladie unique pour tous les assurés qui permettrait d'unifier l'ensemble du système, mais plutôt de s'assurer que toutes les personnes résidant en France peuvent effectivement bénéficier d'une couverture maladie de base et que leur accès aux soins est simplifié et garanti par la mise en place d'une complémentaire gratuite. On ne parle plus d'AMU mais de CMU de base. En parallèle, est mise en place la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), attribuée aux personnes résidant en France de façon régulière et dont les ressources sont inférieures à un plafond réévalué chaque année. Elle leur permet d'être pris en charge gratuitement par les médecins de ville et l'hôpital sans avoir à faire l'avance de frais.

La création de la CMU-C et de l'AME s'inscrit ainsi dans le cadre de la lutte contre l'exclusion et du développement des prestations ciblées. Alors que les prestations de Sécurité sociale sont universelles ou à visée universelle lors de leur mise en place en 1945, le recours aux prestations ciblées se développe à partir des années 1960. L'allocation logement en 1961 et l'allocation de salaire unique en 1967 sont modulées en fonction des ressources des bénéficiaires (Lenoir, 2003). On entre ainsi dans une logique de compensation verticale plutôt qu'horizontale. Les politiques sont de plus en plus ciblées sur les populations qui sont présentées comme en ayant le plus besoin, et ce besoin s'exprime souvent en termes de déficience de ressources financières. La part des aides soumises à une condition de ressources passe ainsi de 13,6% en 1970 à 41,4% en 1976 et à près de 50% en 1981 (Lenoir, 1992).

Ces politiques ciblées visent à répondre aux critiques des associations quant à l'exclusion qu'engendre le système en ne prenant pas en charge la totalité des personnes du fait d'une approche socioprofessionnelle de l'affiliation. L'Etat cherche alors à recourir à un nouveau type de politiques sociales qu'il élabore autour de la notion « d'exclusion ». Cette notion floue permet d'intégrer un grand nombre de situations sociales, mais également de distinguer ces

politiques de celles de l'assistance – elles n'utilisent d'ailleurs pas le terme de « pauvreté » – dans le but d'éviter la stigmatisation des prestations et de leurs bénéficiaires (Palier, 2005). Mais le recours aux politiques ciblées permet également de répondre à des impératifs gestionnaires qui prennent de plus en plus de poids en matière de politiques sociales à partir de la fin des années 1960 (Duval, 2002 ; Palier, 2005 ; Pierru, 2007). La création de prestations sous condition de ressources est ainsi présentée politiquement comme permettant de limiter les dépenses de Sécurité sociale tout en prenant en charge les personnes qui en ont le plus besoin (Palier, 2005).

La loi CMU votée le 27 juillet 1999 et appliquée au 1^{er} janvier 2000, permet ainsi de généraliser la protection maladie, mais en ajoutant une nouvelle couverture, une nouvelle règle d'affiliation qui sera subsidiaire et non pas unique. Certes, dans le cas de la CMU de base, l'affiliation est désormais subordonnée à la résidence et non plus au travail, mais cette subordination ne s'applique que par défaut, ce choix de couverture est subsidiaire, secondaire : on n'obtient la CMU de base que si l'on ne peut pas être rattaché à une couverture maladie par d'autres moyens (emploi, famille, prestations sociales). Le critère de résidence ne se substitue donc pas à celui de travail, mais s'y ajoute. Ainsi, comme le souligne Caroline Desprès : « Malgré son nom prometteur, la CMU n'a donc qu'une vocation d'extension des droits à la protection sociale (CMU de base) et non d'universalité » (2010 : 35).

1.1.2.5 L'ASSURANCE POUR LES UNS, L'AIDE SOCIALE POUR LES AUTRES

La CMU n'est donc pas universelle pour deux raisons. Tout d'abord, elle ne concerne qu'une partie de la population plutôt que sa totalité. Ensuite, elle ne permet pas la prise en charge de l'ensemble des personnes vivant en France mais seulement celle des Français et des étrangers en situation régulière qui peuvent justifier d'une résidence de plus de trois mois. L'accès à la CMU de base et à la CMU complémentaire est en effet subordonné à une condition de régularité comme les autres prestations de Sécurité sociale.

L'instauration de la CMU de base ne permet pas de couvrir une catégorie de personnes qui n'auraient été jusqu'alors protégées par aucun système : comme nous venons de le voir, l'ensemble de la population résidant en France était déjà protégé avant 1999. Les grandes bases de la simplification ont été posées bien avant la création de la CMU de base. De même pour l'idée d'affiliation via un critère résidence. La nouveauté réside en fait dans un changement pratique et symbolique important : avant la mise en place de la CMU, ceux qui

ne pouvaient être rattachés à l'assurance maladie via leur catégorie socioprofessionnelle, leur statut (bénéficiaires d'une prestation sociale) ou leur famille (en tant qu'ayants droit) dépendaient de l'aide sociale par le biais de l'AMD. Avec la création de la CMU, ils sont désormais affiliés à la Sécurité sociale. Ces personnes intègrent ainsi le système de l'Assurance maladie et deviennent des « assurés sociaux ». A l'inverse, les étrangers en situation irrégulière restent dépendants de l'Aide sociale, via la forme réformée de l'aide médicale : l'aide médicale d'Etat (AME). La généralisation du système d'assurance, alors considérée comme achevée, ne les concerne pas.

Désormais les critères pour obtenir l'AME sont les mêmes sur l'ensemble du territoire²⁰, et la couverture, dans la veine de la réforme de 1992, est ouverte pour un an. Les demandeurs n'ont pas non plus à démontrer un besoin de soins pour l'obtenir. L'AME peut ainsi être considérée comme une avancée du point de vue de la couverture proposée : cette dernière est plus stable et permet aux personnes de pouvoir se soigner sur la durée. L'AME fonctionne comme n'importe quelle autre couverture : les demandeurs peuvent se rendre chez n'importe quel médecin, que ce soit en médecine de ville ou à l'hôpital.

On peut toutefois estimer que l'AME est une régression du point de vue des droits des étrangers en situation irrégulière, et ce surtout à partir de 2003. En 2000, seule la CMU de base et la CMU complémentaire sont soumises à une condition de résidence stable et régulière de plus de trois mois. Les étrangers et Français qui ne remplissent pas ce critère peuvent, en attendant, bénéficier de l'AME puisque cette dernière n'est alors subordonnée à aucune condition de stabilité de résidence. Le public de l'AME est alors encore mixte. Il peut être stigmatisé en tant que pauvre mais pas en fonction de son origine ou de sa situation administrative. Cette situation change à partir du 2 janvier 2004, lorsqu'une condition de résidence stable et ininterrompue est également appliquée à l'AME²¹. Les étrangers en situation irrégulière deviennent alors les seuls bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat. La mise en place de critères de régularité et de résidence pour la CMU et l'AME modifie ainsi le type de public de l'aide sociale. Alors que l'AMD s'adressait à l'ensemble des personnes pauvres, sans critère de nationalité et de régularité, le système distingue désormais d'un côté les Français et les étrangers en situation régulière qui dépendent de l'assurance maladie via la CMU, et de l'autre les étrangers en situation irrégulière qui se retrouvent seuls bénéficiaires de l'aide sociale en matière de couverture maladie, via l'AME. L'AME devient alors stigmatisante, synonyme d'irrégularité.

20 Les plafonds de ressources ne varient plus selon les départements.

21 Article n°97 de la loi de finances rectificative pour 2003 votée le 30 décembre 2003.

L'opposition entre aide sociale et Sécurité sociale, qui reposait jusqu'à présent sur un critère de contributivité via le travail (le sien ou celui de son conjoint ou parent), est désormais réduite au critère de régularité. Le bénéficiaire de l'aide sociale, dans le cas de l'AME, devient alors un marqueur d'irrégularité en plus de la pauvreté. Et l'irrégularité, une condition à remplir pour obtenir l'AME.

1.2 LA CONSTRUCTION DE L'ALTÉRITÉ DES « ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE »

Revenons maintenant sur la manière dont le critère de régularité s'est peu à peu imposé comme élément permettant de distinguer ceux qui ont droit à l'assurance maladie et ceux qui en sont exclus, soit comme un élément de frontière entre deux groupes. Nous allons voir que le groupe des étrangers en situation irrégulière a été construit comme un groupe à part, justifiant un traitement différentiel au nom d'un fonctionnement différent. C'est donc le processus de fabrication de l'altérité du groupe des « étrangers en situation irrégulière » qui va nous intéresser dans ce second point. Nous verrons que cette construction passe par deux moyens : l'altérisation des étrangers en situation irrégulière tout d'abord, et la fabrication d'une ethnicité française autour d'un modèle social français comme héritage et patrimoine commun, dans un second temps. Ces deux processus se co-construisent puisque c'est dans la comparaison avec le groupe des « Français » que l'on voit poindre l'ethnicité des « étrangers en situation irrégulière ». Nous allons voir que la question de l'irrégularité devient importante en matière de protection sociale à partir du moment où apparaît la figure de l'étranger en situation irrégulière comme menace pour le système social français.

1.2.1 DU TRAVAILLEUR IMMIGRÉ À L'ÉTRANGER COMME MENACE POUR LE SYSTÈME SOCIAL FRANÇAIS

Tout d'abord, nous allons revenir sur les figures d'étrangers construites et véhiculées par les politiques d'accueil mises en place à leur égard en France. Avant les années 1970, l'immigré est vu avant tout comme une force de travail utile à la France et à la production. Les questions de son insertion, de son installation et de sa famille ne se posent pas vraiment puisqu'il est supposé venir temporairement en France et repartir ensuite dans son pays. Comme le rappelle Andrea Rea, « l'immigration de travail est alors destinée à faire face à un essor de la production au moindre coût en salaires : son incorporation dans la classe ouvrière est un enjeu

politique. [...] Les travailleurs immigrés sont, néanmoins, inscrits dans un rapport social fordiste, bénéficiant ainsi de la protection sociale et d'un accès à la sphère de la consommation. Quoique infériorisés et souvent racisés, ils bénéficient d'une citoyenneté partielle » (2010 : 309). La question des étrangers en situation irrégulière n'est pas un « problème public » et les politiques migratoires tout comme l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière n'ont pas encore été politisés.

1.2.1.1 L'IRRÉGULARITÉ, UNE QUESTION NON OPÉRANTE

A l'époque, la distinction entre les étrangers en situation régulière et irrégulière n'est pas opérante puisqu'il est alors facile d'être régularisé. Bien que la migration de travail soit normalement réglementée et organisée par l'Office national de l'immigration (ONI), de nombreuses entreprises font venir directement les étrangers en France et les régularisent une fois sur place pour éviter d'avoir à payer les taxes et pour pouvoir recruter ceux qu'elles souhaitent (Gastaut, 2000). Vincent Viet (1998) et Alexis Spire (2005a) ont montré que les préfetures et les services de main-d'œuvre ont à l'époque une lecture et une application du droit plutôt souple : 90% des familles de migrants arrivent à la fin des années 1960 avec un visa touristique, c'est-à-dire en dehors de la procédure réglementaire, et obtiennent toutefois aisément leur régularisation, « l'administration se [résignant] difficilement au refoulement d'une famille étrangère ayant réussi à entrer irrégulièrement pour rejoindre le travailleur immigré, et ce même si l'un des membres [est] atteint d'une maladie contagieuse » (Viet, 1998 : 306). La circulaire Schumann du 29 juillet 1968, qui enjoint aux préfetures de refuser une autorisation de travail aux étrangers entrés en France en tant que touristes, n'est pas vraiment appliquée non plus. Les taux de régularisation ne sont jamais descendus en-dessous des 50% et sont même particulièrement élevés dans certains départements : 95,18% dans les Alpes-Maritimes. Enfin, lorsque des procès-verbaux sont dressés par des inspecteurs du travail pour emploi d'étrangers sans titre de séjour, ils sont souvent classés sans suite (Viet, 1998). C'est ainsi la régularisation a posteriori qui prévaut avant 1972 : en 1968, 82% des premiers titres de séjour sont accordés de cette manière (Tapinos, 1975).

Etre en situation irrégulière est alors une étape transitoire qui ne fige pas les immigrés dans un statut particulier et stigmatisant. Les étrangers en situation irrégulière ne posent pas de « problème public » à l'époque. Cette catégorie politique et sociale n'existe pas encore. Ces dossiers sont traités au niveau administratif et ne font pas l'objet d'une politisation. Comme l'a montré Sylvain Laurens, la question de l'immigration n'est alors pas perçue comme un

coût ou un problème mais « liée à des enjeux de coopération ou d'influence politique dans l'ancien Empire » (2009 : 26).

1.2.1.2 LA GESTIONNARISATION ET LA POLITISATION DE L'IMMIGRATION

Cette conception de l'immigration, à la fois comme force de travail et comme enjeu de coopération culturelle, économique et politique, est remise en cause à partir des années 1960 par l'arrivée d'une nouvelle génération de hauts fonctionnaires plus favorables à une approche gestionnaire de la politique, à laquelle elle a été sensibilisée lors de sa formation à l'Ecole nationale de l'administration (ENA). La majorité des hauts fonctionnaires sont désormais formés dans cette nouvelle école qui fait une place importante à cette approche. L'influence du ministère des Finances sur les autres ministères grandit également : ces derniers sont de plus en plus soumis à des contraintes gestionnaires, que ce soit en matière d'immigration comme en matière sociale (Hassenteufel et al., 1999 ; Hervier, 2008 ; Laurens, 2009), ce qui explique le développement d'une conception gestionnaire de l'immigration.

Le ministère des Finances devient ainsi peu à peu, au tournant des années 1960, un acteur incontournable des différentes discussions sur l'immigration, quelles que soient les instances. Alors qu'auparavant il n'était pas forcément consulté ou que son avis ne primait pas. Les agents de ce ministère font valoir une analyse gestionnaire de la politique migratoire, mettant en avant la question du « coût de l'immigration ». « A compter de la décennie 1970, la politique d'immigration se trouve arrimée, au ministère des Finances, à une réflexion plus générale sur la stabilité monétaire et le maintien des équilibres économiques » (Laurens, 2007 : 26). Cela va « légitime[r] une politique budgétaire restrictive et un contrôle des introductions de travailleurs non qualifiés sur le marché du travail » (Laurens, 2007 : 26).

La question de l'immigration se gestionnarise, mais elle se politise également. Elle n'est plus traitée uniquement par l'administration. Les acteurs politiques s'en emparent de plus en plus et contribuent à la publiciser. Les nouveaux hauts fonctionnaires sont plus proches des représentants politiques, qu'ils ont pu côtoyer lors de leurs études. Cela leur permet de faire « remonter » les dossiers à leur niveau, de rendre leur discours plus audible par le politique et de faire valoir leur perception gestionnaire des choses (Laurens, 2009). La conception politique de l'immigration évolue alors : les immigrés ne sont plus vus comme une force de travail, mais plutôt comme un « coût », ou comme une population qui pose un « problème politique », ou qui trouble l'ordre public.

1.2.1.3 RESTREINDRE L'IMMIGRATION IRRÉGULIÈRE POUR FACILITER L'INTÉGRATION DES RÉGULIERS

Les hauts fonctionnaires cherchent alors à restreindre l'immigration irrégulière, et ce tout d'abord en limitant les pratiques des employeurs. A partir de 1966, la visite médicale est désormais à leur charge. Ils doivent inscrire dans les vingt-quatre heures sur un registre spécial tout étranger embauché, et un contrôle plus strict des régularisations est mis en place. En 1968, la circulaire Massenet supprime la procédure de régularisation a posteriori pour les ouvriers migrants non qualifiés (Gastaut, 2000). En 1972, les circulaires Marcellin et Fontanet subordonnent la délivrance d'un titre de séjour à l'obtention d'une carte de travail et d'un logement décent, et interdisent les régularisations des travailleurs entrés en France sans contrat de travail.

Mais, alors qu'elles veulent lutter contre la condition d'irrégulier, ces politiques la figent en la rendant plus durable. Elles contribuent ainsi à créer un « stock » de personnes en situation irrégulière qui n'existait pas auparavant et à faire émerger un nouveau problème, celui des « sans-papiers ». C'est en effet au cours de la vague de protestations qu'elles déclenchent (manifestations, occupations, grèves et grèves de la faim) qu'est inventé et revendiqué, par les immigrés et leurs soutiens, ce qualificatif (Barron et al. 2014).

Au cours des années 1980, les politiques de restriction de l'immigration irrégulière continuent. Alors qu'auparavant les politiques de retours volontaires ou forcés concernaient aussi bien les étrangers en situation régulière qu'irrégulière, elles se focalisent désormais sur les seconds. Avec la loi Bonnet du 10 janvier 1980, le fait d'être entré ou de séjourner sur le territoire illégalement devient un motif d'expulsion au même titre que la menace pour l'ordre public. La loi Peyrefitte de février 1981, quant à elle, légalise les contrôles d'identité à titre préventif pour interpellier les étrangers en situation irrégulière.

En 1981, François Mitterrand arrive au pouvoir. Parmi ses 110 propositions de campagne figure celle de régulariser les travailleurs immigrés en situation irrégulière. Les expulsions en cours sont suspendues et une procédure de régularisation massive exceptionnelle est engagée. L'idée est « en quelque sorte de "remettre les compteurs à zéro" en réparant ce qui était considéré comme les nombreuses injustices commises par les gouvernements précédents » (Siméant, 1998 : 199). L'ensemble du gouvernement n'est cependant pas forcément favorable à cette mesure, estimant que cela risque d'avoir un effet d'appel d'air auprès de ceux vivant dans les autres pays européens. Emerge alors, petit à petit, un consensus politique fondé sur l'idée qu'il faut maîtriser les flux migratoires en luttant contre l'immigration irrégulière (Siméant, 1998). La politique migratoire française distingue dès lors les « bons » immigrés en

situation régulière des « mauvais » en situation irrégulière, ce qui lui permet de tenir ses promesses de campagne et de régularisation tout en se préservant des critiques de ses adversaires de droite et d'extrême droite comme de gauche « en soulignant que le souci principal du gouvernement est l'amélioration des conditions de vie et de l'intégration des immigrés réguliers, (...) en évitant d'être taxé de laxisme à l'égard des clandestins » (Siméant, 1998 : 203).

La politique migratoire tourne dès lors autour de deux grands axes : d'un côté, la maîtrise des flux migratoires, la lutte contre l'immigration clandestine et l'aide au retour (qui s'adresse aux étrangers en situation irrégulière), et de l'autre : l'intégration sociale et culturelle des étrangers régulièrement installés sur le territoire. Cette dernière est alors présentée dans les discours politiques et médiatiques comme « conditionnée par les victoires remportées sur [les étrangers en situation irrégulière] » (Laacher, 2009 : 16). Des directives ministérielles recommandent des contrôles massifs pour interpeller les étrangers en situation irrégulière, et le décret du 4 décembre 1984 interdit dorénavant la régularisation sur place des conjoints et des enfants. La loi du 9 septembre 1986, dite première loi Pasqua, rend le droit aux préfets de prononcer la reconduite à la frontière des étrangers en situation irrégulière et restreint la liste des étrangers qui peuvent obtenir de plein droit une carte de résident et celle de ceux protégés contre une mesure d'éloignement (Lochak, 1997).

1.2.1.4 LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONDITION DE RÉGULARITÉ EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

C'est dans ce contexte de durcissement que la condition de régularité, limitée au départ au bénéfice des prestations familiales, s'étend peu à peu à d'autres prestations à partir des années 1970 : l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975²², l'assurance personnelle en 1978, ou encore le revenu minimum d'insertion (RMI) à sa création en 1988²³. La loi du 29 décembre 1986 relative aux prestations familiales conditionne de plus leur obtention à la régularité du séjour des enfants (et non plus seulement à celle des parents).

La condition de régularité devient ainsi de plus en plus présente. Ce développement semble avoir influencé les pratiques des agents des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Dans les années 1980, ces derniers commencent à subordonner le rattachement d'ayants droit à l'assurance maladie à la régularité du séjour. Ces pratiques illégales touchent particulièrement les épouses de travailleurs entrées en France en dehors du regroupement

²² Cette condition sera supprimée en 2001.

²³ Pour obtenir le RMI, un étranger doit justifier d'un séjour régulier de plus de trois ans.

familial. Cette initiative est encouragée par les tutelles. Des circulaires de la caisse nationale²⁴ indiquent ainsi aux agents instruisant les demandes d'assurance maladie de se référer à la liste des titres de séjour autorisés pour l'octroi de l'assurance personnelle qui est, elle, soumise à la condition de régularité. Ces pratiques illégales sont présentées comme nécessaires, pour faire évoluer la loi, par les hauts fonctionnaires. Ainsi, Gérard Moreau, ancien directeur de la Direction des populations et de la migration (DPM), explique lors de son audition auprès de la Commission d'enquête « Immigration clandestine et séjour irrégulier d'étrangers en France » en 1996 : « Un certain nombre de caisses d'assurance maladie ont anticipé sur la loi de 1993, c'est-à-dire qu'elles refusaient les prestations maladies aux adultes en situation irrégulière alors qu'aucun texte réglementaire ne le leur permettait et sans que les tutelles les en aient empêchées pour tout dire, car les tutelles prenaient leurs responsabilités. Nous le savions, mais nous pensions qu'il fallait que le législateur bouge, si je puis dire, et il a fini par bouger » (Sauvaigo, 1996). Les associations saisissent toutefois la Cour d'appel de Paris qui rappelle dans son arrêt du 6 janvier 1989 que la condition de résidence est appréciée en fonction de la réalité de la résidence en France et non pas uniquement par la production d'un titre de séjour. La condition de résidence n'équivaut donc pas à la condition de régularité. Cela vaut également en matière d'aide sociale où le principe de résidence est important (l'aide médicale à domicile est soumise à une résidence en France de plus de trois ans, tout comme le bénéficiaire du revenu minimum d'insertion). La notion de résidence mentionnée à l'article 124 du code de la famille et de l'aide sociale (CFAS) fait ainsi l'objet d'une interprétation souple et large, consacrée par l'avis du conseil d'Etat du 8 janvier 1981, qui précise : « La condition de résidence [...] doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée dans chaque cas, en fonction de critères de fait et, notamment des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. En revanche, il ne peut être exigé que l'intéressé séjourne en France dans des conditions régulières et notamment soit titulaire d'une carte de séjour ou d'un titre équivalent ».

Malgré ces différentes décisions, les hauts fonctionnaires continuent de publier des rapports qui préconisent de réserver l'ensemble des prestations sociales aux personnes en situation régulière, faisant petit à petit valoir cette idée. C'est le cas par exemple de la section « protection sociale » du rapport sur l'immigration publié par l'ENA en janvier 1984 et coordonné par Gilles Johanet, futur directeur de la CNAMTS, ou encore du rapport du Haut

24 Circulaire de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés n°50-1989.

conseil à l'intégration publié en 1991. Ce dernier vise à simplifier et harmoniser les conditions d'affiliation à la Sécurité sociale en étendant la condition de régularité à l'ensemble des prestations et, donc, à l'assurance maladie. L'objectif est de se défaire de la multiplicité des conditions d'affiliation qui sont présentées comme complexifiant le système, mais aussi d'empêcher les éventuels recours juridiques et contestations qui peuvent suivre une application zélée de la condition de résidence par les agents des CPAM, comme l'explique le rapport : « La mise à plat de la "mosaïque" législative décrite ci-dessus en matière de Sécurité sociale conduit à préconiser l'harmonisation des règles d'attribution des prestations. L'alignement sur le dispositif en vigueur pour les prestations familiales, législation "exemplaire" à ce sujet, est souhaitable pour l'assurance maladie et pour les aides au logement. Il doit être désormais clair que ces prestations ne sont allouées que sous réserve de la régularité du séjour ; un terme serait ainsi mis aux controverses juridiques sur cette question » (Haut conseil à l'intégration, 1991 : 136-137). Selon les auteurs, cela permettrait non seulement d'éviter la fraude et les effets d'appel d'air, mais aussi d'effectuer d'importantes économies.

Ces préconisations sont entérinées par la loi Pasqua du 24 août 1993, malgré l'opposition de la gauche. Certains de ces députés²⁵ estiment en effet que cette loi viole les droits à la protection sociale et aux soins reconnus par la Constitution. Ils saisissent le Conseil constitutionnel le 15 juillet 1993 pour s'opposer à cette évolution : « L'exclusion de l'essentiel des prestations d'aide sociale, s'ajoutant à celle des prestations sociales et de l'aide au logement, ajoute une précarisation sociale massive à l'insécurité juridique qui est le lot des étrangers en situation irrégulière. Or, les prestations sociales et surtout d'aide sociale sont constitutionnellement dues à toute personne qui remplit les conditions d'obtention qu'impose leur objet, et de ce point de vue la nationalité ne constitue pas un critère admissible...ni davantage le caractère régulier ou irrégulier du séjour en France ²⁶ ». Mais leur saisine n'aboutit pas, le Conseil constitutionnel estimant que le législateur peut prendre des dispositions spécifiques à l'égard des étrangers à partir du moment où il respecte ses libertés et droits fondamentaux. L'étranger en situation irrégulière pouvant bénéficier d'un autre système de protection, l'aide médicale départementale (AMD), le texte n'est pas jugé anticonstitutionnel.

25 Parmi ces députés, on retrouve : Jean-Pierre Chevènement, Laurent Fabius, Jack Lang, Louis Le Pen, Paul Quilès, Ségolène Royal et Jean-Claude Gayssot, Jean-Yves Le Déaut, Véronique Neiertz, Jean-Marc Ayrault et Georges Sarre.

26 Extrait de la saisine du Conseil constitutionnel par les députés de gauche le 15 juillet 1993.

1.2.1.5 1999 : LÉGITIMATION DU CRITÈRE DE RÉGULARITÉ

Une fois au pouvoir, le parti socialiste ne s'oppose finalement plus à l'élargissement de la condition de régularité, c'est même lui qui l'étend au bénéfice de la CMU. L'idée de soumettre l'octroi des prestations sociales à la régularité du séjour a entre temps fait petit à petit consensus au sein du parti, des rapports et des discours ayant contribué à légitimer peu à peu cette condition (Math et Toullier, 1999).

En 1997, le rapport Weil²⁷ estime ainsi que l'état du droit en matière de garantie de l'accès aux soins et à la protection sociale est « globalement satisfaisant, à l'exception de la condition de nationalité pour l'accès à certaines prestations sociales. L'équilibre ainsi instauré ou rappelé par la loi du 24 août 1993 est pertinent : condition de régularité du séjour pour l'accès aux régimes obligatoires de Sécurité sociale, d'une part ; reconnaissance d'un droit à certaines prestations d'aide sociale pour les étrangers en situation irrégulière, d'autre part. En revanche, la mise en œuvre de ces dispositions souffre de lacunes importantes auxquelles il convient de remédier » (Weil, 1997 : 56). Pour ce rapport, la nationalité n'est ainsi pas un critère légitime de distinction quant à l'accès aux prestations sociales, mais la régularité l'est. Le rapport explique ensuite que la vérification des titres de séjour par les organismes de Sécurité sociale doit être renforcée pour permettre d'éviter les soupçons de fraude vis-à-vis des étrangers en situation régulière. Bien maîtriser l'exclusion des irréguliers permettrait ainsi d'assurer le bon traitement et la non-discrimination de ceux qui ont des titres de séjour : « Il est indispensable qu'aucun étranger en situation irrégulière ne puisse avoir accès aux prestations de Sécurité sociale. Cette exigence, rappelée par la loi du 24 août 1993, est partagée par tous. Les organismes de Sécurité sociale, notamment la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAMTS) soulignent cet impératif. Mais l'argument financier n'est pas ici le plus important. La fraude est probable, mais certainement pas excessive. En revanche, l'effet psychologique est déterminant. Garantir, grâce à des modalités de contrôle efficaces, qu'un étranger en situation irrégulière ne peut bénéficier de prestations familiales ou d'une couverture maladie de Sécurité sociale, c'est mettre un terme à des polémiques récurrentes relevant le plus souvent du fantasme sur l'ampleur de la fraude. C'est aussi, et surtout, lever la suspicion sur l'écrasante majorité des étrangers en situation régulière qui, comme tout cotisant, bénéficient normalement et pleinement des prestations de Sécurité sociale » (Weil, 1997 : 56). Exclure les étrangers en situation irrégulière de la Sécurité sociale permet ainsi, selon ce rapport, d'assurer la cohésion sociale.

²⁷ Rapport de la mission d'étude des législations de la nationalité et de l'immigration, présidée par Patrick Weil.

Le rapport du Haut Conseil à l'intégration de 1998, intitulé « Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité », continue dans ce sens, estimant que la loi Pasqua a permis « un équilibre entre, d'une part, l'exigence d'une régularité du séjour pour l'accès aux régimes obligatoires de Sécurité sociale et, d'autre part, la reconnaissance d'un droit à certaines prestations d'aide sociale pour les étrangers en situation irrégulière » (1998 : 18). Le HCI ne voit pas de discrimination dans la mise en place d'une condition de régularité : « Au total, le cadre législatif et réglementaire en vigueur actuellement semble globalement adapté. Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 13 août 1993, a défini le principe applicable en la matière : "Si le législateur peut prendre à l'égard des étrangers des dispositions spécifiques, il lui appartient de respecter les libertés et droits fondamentaux reconnus à tous ceux qui résident sur le territoire de la République". Considérant dans ce cadre qu'il est loisible au législateur de déterminer des conditions d'accès aux prestations d'aide sociale, le Haut Conseil à l'Intégration ne décèle aucun caractère discriminatoire dans la fixation de délais de résidence minimum pour bénéficier de ces prestations. De même, l'exigence d'un séjour régulier ne prive pas l'étranger en situation irrégulière de l'accès aux soins (accès à l'hôpital) et assure à ses enfants le bénéfice éventuel de l'aide sociale à l'enfance » (1998 : 19). L'accès à l'aide médicale hospitalière²⁸ est ainsi perçu, par le HCI, comme une couverture suffisante pour les étrangers en situation irrégulière.

La légitimité de la condition de régularité est toutefois encore questionnée lors des premières discussions autour de la loi CMU. Publié en août 1998, le rapport du député Jean-Claude Boulard souligne la nécessité de s'opposer à la distinction entre réguliers et irréguliers qui entraîne un système à deux vitesses : « S'agissant de l'accès aux soins, qui ne renvoie pas seulement à l'intérêt de la personne mais aussi à l'intérêt de la collectivité d'accueil, compte tenu des problèmes de santé publique, il est possible de se demander si le moment n'est pas venu de mettre fin à deux distinctions : accès à l'hôpital et accès à la médecine de ville [distinction utilisée en matière d'aide médicale aux étrangers] ; résidence régulière et résidence sans titre de séjour. Ne faut-il pas mettre en œuvre le seul critère de résidence durable pour ouvrir le droit à l'affiliation au régime de base et l'accès à la couverture complémentaire ? » (Boulard, 1998 : 71-72). Cette proposition, bien que soutenue par plusieurs associations telles que Aides, Act-up Paris, le Gisti, la Cimade, Médecins du monde ou le Comede, n'est cependant pas retenue. Et le 28 avril 1999 à l'Assemblée, Jean-Claude Boulard, devenu rapporteur de la loi, ne soutient finalement plus non plus sa propre

28 A cette époque l'aide médicale est divisée en deux parties : l'aide médicale qui donne accès aux soins de ville et permet aux personnes de consulter un médecin libéral (elle est conditionnée à une durée de résidence de trois ans), et l'aide médicale hospitalière qui permet aux personnes d'être prises en charge à l'hôpital sans condition de résidence.

proposition : le critère de régularité étant déjà en place pour l'affiliation au régime de base, il estime qu'il n'est pas opportun de revenir dessus (Izambert, 2010). L'affiliation à l'assurance maladie est alors limitée aux Français et étrangers en situation régulière.

L'irrégularité est ainsi devenue un critère de distinction entre des groupes, permettant de distinguer les bons des mauvais étrangers, ou encore les personnes qui ont des droits, de celles qui en ont moins, ou en tout cas qui sont moins en position d'en revendiquer. Cette différence de traitement est justifiée par une différence de statut : les parlementaires considèrent qu'il est normal que ces personnes n'aient pas les mêmes droits que les Français ou les autres étrangers, du fait de leur situation administrative. Les étrangers en situation irrégulière sont donc décrits comme « différents », mais cette différence n'est pas vraiment qualifiée. Elle n'est pas particulièrement alimentée en termes culturels, nationaux ou ethniques. Ce n'est pas par leur nationalité, une ethnie ou une origine que ces personnes sont décrites, mais bien par leur situation administrative, par un statut social. Cette différence peut toutefois relever de l'ethnicité (en tant que catégorie d'analyse qui permet de relever des processus généraux d'identification et d'altérisation (Poutignat et Streiff-Fénart, 2008)) quand elle est co-construite dans une opposition avec une « ethnicité française ».

1.2.2 LA CONSTRUCTION DE L'ETHNICITÉ DU GROUPE MAJORITAIRE

Voyons maintenant en quoi la nationalité française peut jouer dans l'accès à l'assurance maladie et en quoi nous pouvons parler de construction d'une ethnicité française en matière de solidarité. Comme nous l'avons vu, à sa création en 1945, le système français de protection sociale est soumis à un principe de territorialité. Un Français qui vit à l'étranger ne peut donc y être affilié. La non résidence sur le territoire français constitue ainsi un critère excluant du bénéfice de l'assurance maladie comme de l'aide sociale. La nationalité, quant à elle, ne procure à cette époque aucun avantage en termes d'assurance maladie. Des processus de « privilège national » se mettent toutefois en place à partir des années 2000 avec le développement de l'affiliation par la résidence.

1.2.2.1 LA NATIONALITÉ FRANÇAISE COMME CRITÈRE D'APPARTENANCE À LA COLLECTIVITÉ

Au départ, la condition de stabilité à laquelle est subordonnée la CMU s'adresse à l'ensemble des personnes, à l'exception des bénéficiaires de certaines allocations, des demandeurs d'asile

et des personnes inscrites dans des établissements d'enseignement²⁹. C'est ainsi leur situation sociale ou administrative qui permet à ces personnes d'en être exemptées. La nationalité ne joue alors aucunement : les Français doivent, eux aussi, justifier d'une résidence stable, comme le précise très clairement la circulaire du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle : « Les ressortissants Français expatriés, pendant leurs séjours temporaires en métropole ou dans un département d'outre-mer supérieurs à trois mois et inférieurs à six mois et lors de leur retour définitif en France relèvent de la couverture maladie universelle dès le début du quatrième mois de leur présence en France s'ils ne bénéficient à aucun autre titre des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie dont celui géré par la Caisse des Français à l'étranger ».

Les textes internes à l'Assurance maladie ne reprennent toutefois pas cette condition. La CMU ayant été mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2000, c'est-à-dire quatre mois avant la publication de la circulaire, la CNAMTS a donné entre temps des indications aux CPAM sur la manière d'interpréter les conditions. Elle a ainsi mis en place une dérogation particulière pour les Français quant à la condition de résidence. Le Point CMU n°5 du 6 janvier 2000 précise ainsi : « En présence d'un ressortissant de nationalité française ne disposant d'aucune couverture sociale à son retour d'un pays étranger, il y a lieu d'ouvrir les droits à la CMU de base sur présentation d'une déclaration sur l'honneur d'intention de résidence en France d'au moins trois mois ». Les ressortissants français peuvent donc bénéficier de la CMU dès leur arrivée sur le territoire. Malgré la publication de la circulaire, les points CMU et notes d'instructions internes ne reviennent pas sur l'interprétation qu'elles font de la condition de résidence : cette dernière ne s'applique pas aux Français du moment qu'ils déclarent vouloir rester en France au moins trois mois. Cela est rappelé dans le point spécial sur la condition de résidence édité par la CNAMTS le 4 décembre 2000 puis dans les différentes notes d'instructions de la caisse des Champs. Cette dérogation est également reprise dans le didacticiel de la CNAMTS (base d'information spécialisée sur la CMU et l'AME à disposition des agents des caisses) en vigueur lors de notre terrain en 2009.

Cette affiliation ne se fait cependant pas sans condition : les personnes doivent s'engager à rester sur le territoire français au moins trois mois : c'est par cette promesse qu'elles intègrent ainsi la collectivité et peuvent alors bénéficier de sa solidarité. Les étrangers par contre, ne peuvent simplement s'engager, ils doivent prouver qu'ils appartiennent à la collectivité en montrant qu'ils résident en France depuis plus de trois mois.

²⁹ Voir la circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000.

Dans certains cas exceptionnels, les Français peuvent être affiliés sans avoir à s'engager. Ces affiliations sont ponctuelles et découlent aussi d'un principe de gestion humanitaire puisqu'elles ont lieu lors de rapatriements à la suite d'une guerre ou d'un événement climatique, comme un tremblement de terre. En 2004, les agents des CPAM et des CAF ont ainsi été réquisitionnés pour accueillir à l'aéroport les Français rapatriés de la Côte d'Ivoire. Des droits leur étaient ouverts immédiatement : ils repartaient avec leur attestation (alors qu'habituellement les personnes la reçoivent par courrier au bout de deux mois). Ces droits n'étaient toutefois valables qu'un trimestre, le temps que ces personnes fassent leurs démarches. Ce fut également le cas pour les rapatriés du Tchad en 2008 pour lesquels la note d'instructions du 11 février 2008 précise : « Les Français rapatriés du Tchad, ainsi que leurs ayants droit quelle que soit leur nationalité, bénéficient d'un droit à la CMU de base et à la CMU complémentaire du jour de leur arrivée en France jusqu'au 31 mai 2008. Une prise en charge immédiate à la CMU de base et à la CMU complémentaire doit également être effectuée à l'égard uniquement des conjoints et enfants rapatriés du Tchad arrivés seuls sur le territoire français. Ainsi, dès lors que ces personnes présentent à leur caisse de résidence un document attestant que ceux-ci résidaient au Tchad et faisaient partie de l'opération de rapatriement, une affiliation gratuite et sans délai au régime 803 doit être effectuée par la caisse qui ouvre également le bénéfice des prestations de la CMU complémentaire, avec une gestion "Etat" pour chaque personne composant le foyer ». Cette prise en charge étant dérogatoire, la situation des personnes est réétudiée à l'échéance des droits, soit au 1^{er} juin 2008 : les conditions de ressources et de non affiliation à un autre régime seront cette fois-ci examinées. En attendant, les rapatriés bénéficient d'une attestation de droits qui leur permet d'être pris en charge gratuitement, quelles que soient leurs ressources, par le personnel soignant et paramédical.

Le privilège national s'étend également aux conjoints des expatriés français : même si ce dernier est étranger, il est également affilié immédiatement à la CMU lors d'un rapatriement et n'a donc pas à justifier d'une durée de résidence, ni même de la régularité de son séjour.

Le critère de territorialité, qui était pourtant la base de l'assurance maladie, est ainsi supprimé pour les Français, pour qui la nationalité prime. Ce n'est désormais plus seulement une conception territorialisée de la collectivité qui préside à l'obtention de l'assurance maladie mais également une conception nationalisée de la collectivité. La collectivité est alors pensée comme une collectivité nationale (au sens de la nationalité) plutôt que locale ou nationale (au sens de l'ensemble du territoire français). Certains peuvent alors estimer et faire valoir que la solidarité, dans ce cadre, s'effectue entre Français plutôt qu'entre résidents comme l'expriment les propos d'Alain Lambert, ministre délégué au Budget et à la réforme

budgétaire, lors d'un débat au Sénat sur la réforme de l'AME le 16 décembre 2002 : « *Il n'y a pas de générosité d'Etat : la générosité, c'est celle des Français, avec leur argent, parfois le fruit du travail des plus pauvres* ». Français et résidents sont alors amalgamés.

1.2.2.2 LA CONSTRUCTION D'UN PATRIMOINE COMMUN : LE « MODÈLE SOCIAL FRANÇAIS » COMME MARQUEUR D'ETHNICITÉ

Dans ce cadre, la solidarité collective est alors présentée par certains comme un « dû ». Un dû aux Français, qu'ils aient ou non résidé sur le territoire, qu'ils aient ou non cotisé auparavant. Un dû de l'Etat envers ses ressortissants que l'on distingue de l'idée de « privilège national ». Certes la nationalité leur procure un avantage, mais ce n'est pas seulement cela. Dans cette conception, au-delà du privilège, c'est aussi l'idée que l'Etat leur doit quelque chose, comme l'exprime l'extrait d'observation suivant.

Face à mon scepticisme quant à l'octroi immédiat d'une CMU pour des Français expatriés, Nadine, la responsable du service AME, me dit : « *C'est normal, tu es Français, ta famille a cotisé ! Attends, si tu ne peux même pas bénéficier des avantages de ton pays... Attends, c'est normal, sinon ça voudrait dire que les étrangers auraient plus de droits que toi alors que tu es Français ! Je ne vois pas ce qui te dérange. Là, toi tu ne cotises pas mais tu y auras droit tout de suite. Pour les Français c'est normal, c'est leur pays* ». (Journal de terrain, 07.05.08).

Selon cette conception de la collectivité, la solidarité est due aux Français car leur ascendance a cotisé pour eux. La protection maladie est alors renvoyée à une sorte de droit héréditaire qui court sur plusieurs générations. La nationalité confère ainsi une légitimité que la durée de résidence en France d'un étranger, aussi longue soit-elle, ne lui accorde pas.

La solidarité est ainsi présentée, plus que comme un bien commun, comme un patrimoine commun aux Français dont chacun peut hériter. Cet héritage serait représentatif d'une certaine culture française qui reposerait sur un certain nombre de valeurs partagées, comme celles du respect des droits de l'homme et de l'importance de la solidarité. Le modèle social français est ainsi décrit comme plus généreux et universel que les autres. L'AME, elle-même, est considérée comme symbolique de cette « France des droits de l'homme », et est mise en avant comme une preuve de la « générosité française » qui fait honneur à la France.

« *Je ne souhaite pas qu'on remette en cause cette générosité française* », Nicolas Sarkozy, 6 mars 2012 lors de l'émission « Des paroles et des actes » sur France 2.

C'est ainsi plus l'ethnicité du groupe majoritaire qui est revendiquée ici que les particularités de ces autres qui sont définies. Le groupe majoritaire se construit une ethnicité à travers ces processus d'exclusion, ces références au système de Sécurité sociale comme « modèle social français » ou à la France comme « le pays des droits de l'Homme », modèle et philosophie qui seraient supérieurs à ceux des pays dont les étrangers sont originaires. C'est ainsi un passé commun que se construit la France à travers le bénéfice de l'assurance maladie. Dans ces discours ce n'est pas la culture des « autres » qui est visée et unifiée, mais celle des citoyens français. C'est dans une construction d'un « nous », qui repose sur une vision idéalisée d'un modèle social supérieur qui nous serait propre qu'on s'oppose à un « eux »³⁰.

Cette revendication d'un modèle social généreux oppose la France aux autres pays d'où peuvent provenir ces étrangers, et qui sont décrits comme moins protecteurs. Cette opposition entre deux modèles sociaux (celui de la France et celui de ces « autres ») permet ainsi de construire l'ethnicité française, qui repose sur des valeurs et un patrimoine communs, et de creuser l'altérité des étrangers, qui ne les partagent pas. Ces derniers deviennent alors les représentants de pays moins protecteurs, et peuvent, à ce titre, être soupçonnés de venir en France pour profiter de prestations sociales dont ils ne peuvent disposer dans leurs pays d'origine. Et ainsi de représenter un risque pour les finances publiques.

L'altérisation des étrangers en situation irrégulière se construit ainsi dans une opposition avec une ethnicité française qui se construit autour d'une ethnicisation de la solidarité. La nationalité n'étant plus un critère admis pour distinguer les personnes en matière d'accès à la protection sociale, c'est désormais la régularité qui permet de mettre en place des frontières, de distinguer les uns et les autres. Cette frontière entre les admis et les exclus à la protection sociale est mouvante. La condition de régularité peut à ce titre être redéfinie, par des textes législatifs qui durcissent les conditions de régularisation ou les renouvellements de titres de séjour en produisant de l'irrégularité (Ferré, 1997), ou par des pratiques administratives (comme on le verra au chapitre six).

C'est ainsi dans la comparaison avec les « Français » et les droits qui leur sont attribués, que naît l'altérité des étrangers en situation irrégulière et que l'irrégularité devient un statut social classant les personnes qui en dépendent en bas de la hiérarchie des positions sociales.

30 Cette lecture ethnique de la solidarité n'est cependant pas complètement installée et peut être discutée au niveau local par d'autres conceptions de la solidarité, comme une lecture professionnelle-corporatiste, comme on le verra au chapitre cinq.

1.3 L’AFFILIATION DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE : DROITS D’EXCEPTION ET LOGIQUE DE LA COMPASSION

Nous allons voir maintenant comment cette altérisation de l'étranger en situation irrégulière se traduit dans le type de prestations mises en place à son égard. Exclu en grande partie de l'assurance maladie, surtout en tant qu'assuré principal, l'étranger en situation irrégulière dépend, dans la majorité des cas, de systèmes de prise en charge particuliers qui lui sont réservés. Plutôt qu'au titre du travail ou de la résidence, c'est finalement au titre de la « pauvreté » qu'il est protégé. Cela configure la manière dont il est perçu par le système, celle dont il est couvert et le type de droits qui lui sont attribués.

1.3.1 L'AME : UNE PRISE EN CHARGE INFÉRIEURE EN TANT QUE « PAUVRE »

L'AME est la couverture la plus connue des étrangers en situation irrégulière. Ceux que l'on a rencontrés lors de l'enquête ne connaissent d'ailleurs pas les autres couvertures ou modes de prise en charge existantes³¹. Elle couvre 215 000 bénéficiaires en 2009³². Comme nous l'avons vu, à la suite de différentes réformes, l'aide médicale n'est plus subordonnée à un besoin de soins. Les demandeurs n'ont plus à être malades pour l'obtenir, mais doivent avoir des ressources faibles. C'est ainsi au nom de leur pauvreté et non plus d'un besoin de soins qu'ils sont pris en charge. Leur statut de « pauvre » est ici déterminé selon un plafond de ressources inférieur au seuil de pauvreté. Ceux dont les ressources dépassent le plafond ne peuvent bénéficier d'aucune couverture maladie.

Cette couverture n'est accordée qu'aux personnes qui vivent sur le territoire français depuis plus de trois mois. Bien que leur résidence ne leur permette pas d'être rattachés au système de Sécurité sociale, elle est néanmoins nécessaire pour qu'ils puissent bénéficier de l'Aide sociale. Cette exigence de résidence stable s'explique par la manière dont la solidarité est pensée en France. La protection sociale, qu'elle provienne de la Sécurité sociale ou de l'aide sociale, est en effet territorialisée. Elle est accordée à ceux qui vivent en France. C'est ainsi en tant que membres de la collectivité et pauvres que les étrangers en situation irrégulière sont pris en charge. Avec l'AME, l'Etat leur reconnaît une citoyenneté sociale, un droit à la solidarité.

31 L'AME est aussi la couverture la plus médiatisée et bien souvent présentée, dans les discours politiques et médiatiques, comme la seule existante.

32 Sources : Fonds CMU/Ministère de la Santé.

L'AME offre, néanmoins, une moins bonne protection que la CMU-C, alors que les deux prestations sont soumises aux mêmes conditions de ressources et de durée de résidence. Elles s'adressent ainsi aux mêmes profils socio-économiques de personnes, mais l'une cible les étrangers en situation régulière et les Français, tandis que l'autre est réservée aux étrangers en situation irrégulière.

Elles n'ouvrent pas non plus le droit aux mêmes prestations. La CMU-C comprend un panier de soins plus important que l'AME. Par exemple, le ticket modérateur des prothèses dentaires ou optiques, remboursé par la CMU-C, ne l'est pas par l'AME qui se limite à appliquer le taux du forfait de base de la Sécurité sociale. La base forfaitaire pour les lunettes étant extrêmement faible, le bénéficiaire de l'AME doit assumer la quasi-totalité du coût de la monture et des verres, des frais trop importants pour des personnes vivant avec moins de 648 euros par mois³³. Le problème est le même pour les soins et prothèses dentaires.

Les conséquences en cas de refus de la couverture ne sont pas non plus les mêmes. D'un côté, avec l'AME, la condition de ressources s'applique à l'ensemble de la prestation. Si la personne dépasse le plafond, elle n'a droit à aucune prise en charge. Seules ses hospitalisations, pour des soins considérés comme urgents et vitaux, seront prises en charge. Cela s'explique par le fait que l'AME fonctionne comme un seul bloc, comme une unique prestation. A l'inverse, la CMU-C fonctionne comme un complément : elle vient s'ajouter au bénéfice d'une couverture de base (régime général, régimes spéciaux, CMU de base, etc.) pour laquelle ne s'applique aucune condition de ressources³⁴. De ce fait, une personne en situation régulière dont les ressources mensuelles sont supérieures au plafond fixé, bénéficiera de la CMU de base pour les dépenses prises en charge au titre de la Sécurité sociale (comme ce serait le cas pour un travailleur sans mutuelle), mais ne pourra prétendre à la CMU-C : le ticket modérateur³⁵ restera à sa charge. Ainsi, à revenu égal, les personnes en situation régulière et celles en situation irrégulière seront traitées distinctement du simple fait de leurs différents statuts de prestations.

Enfin, les prestations de l'Aide sociale et de la Sécurité sociale ne dépendent pas des mêmes budgets et ne sont par conséquent pas votées au même moment. Les premières dépendent du budget de l'Etat et sont discutées au parlement lors des lois de finances, tandis que les

33 Plafond de ressources fixé pour l'AME en juillet 2012.

34 La condition de ressources limitant l'accès à la prestation ne s'applique qu'à la CMU-C. Il existe un critère de ressources en matière de CMU de base, mais celui-ci n'est pas excluant. Ce n'est pas la CMU de base qui est soumise au critère de ressources mais la gratuité de la prestation. Les personnes qui sont au-dessus d'un plafond fixé par décret doivent cotiser à la CMU de base. Celles qui sont en-dessous peuvent en bénéficier gratuitement. Pour la période du 1er octobre 2011 au 30 septembre 2012, le plafond est fixé à 9164 euros annuels pour une personne seule. En cas de ressources supérieures, l'assuré doit cotiser à hauteur de 8% de ses revenus.

35 Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie.

assurances sociales sont financées par le budget de la Sécurité sociale et abordées lors des discussions sur le vote de ce budget. Cela signifie également que l'AME peut être réformée sans que la structure de l'Assurance maladie ou de la CMU-C ne change. La mise à l'écart des étrangers en situation irrégulière au sein de l'AME permet ainsi que des réformes puissent être entreprises uniquement à l'égard de ces personnes, comme par exemple la restriction de leur prise en charge (Carde, 2006b, Izambert, 2014).

1.3.2 LA PRISE EN CHARGE EN TANT QUE « MALADE » : LA RAISON HUMANITAIRE PLUTÔT QUE LE DROIT SOCIAL

Les étrangers en situation irrégulière dont les ressources dépassent le plafond ou qui ne vivent pas en France depuis plus de trois mois n'ont le droit à aucune couverture maladie. Ils peuvent par contre bénéficier de prises en charge ponctuelles dans certains cas. L'étranger en situation irrégulière peut en effet être pris en charge au titre de sa souffrance, représentée par la maladie. Dans ce cas la durée de résidence ou le niveau de ressources ne comptent pas. Pour cela, deux dispositifs existent : le fonds des soins urgents et vitaux (FSUV) et l'AME à titre humanitaire.

1.3.2.1 LE FONDS DES SOINS URGENTS ET VITAUX

Le fonds des soins urgents et vitaux (FSUV) a été mis en place par la loi de finances rectificative pour 2003 votée le 30 décembre 2003. Il permet de prendre en charge les frais engagés pour des soins urgents et vitaux uniquement³⁶. Ce n'est pas un système de protection maladie mais bien un mode de remboursement des soins fournis en urgence à l'hôpital lorsque le pronostic vital du patient est engagé. Il intervient donc a posteriori : la personne a déjà été opérée. C'est une fois que l'hôpital envoie la facture au patient et que celui-ci déclare n'avoir aucune couverture qu'une demande de remboursement au titre du FSUV est entreprise auprès de la CPAM. Pour cela, l'hôpital doit d'abord monter un dossier d'AME avec le patient : une fois que ce dernier reçoit un refus d'AME (parce qu'il ne remplit pas la condition de stabilité ou de ressources), il doit l'apporter aux assistantes sociales qui le transmettent au service de la facturation. Ce refus d'AME est nécessaire pour que l'hôpital se fasse rembourser au titre des soins urgents et vitaux. Seuls les frais engagés par l'hôpital sont alors remboursés. Les médicaments prescrits que le patient doit aller chercher en pharmacie de ville pour la suite de

³⁶ L'accouchement et le suivi de la maternité sont ainsi pris en charge au titre des soins urgents et vitaux, tout comme le VIH-sida ou la tuberculose.

son traitement ne sont pas pris en charge. Le remboursement est ponctuel : il ne concerne qu'une opération précise ou une période d'hospitalisation de date à date. Le FSUV ne permet aucun type de prévention. Il vise à soutenir l'hôpital public face au risque de créance irrécouvrable.

Le FSUV ne prend en charge que les frais engagés pour des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie ou de l'AME, que ce soit parce qu'ils ne remplissent pas la condition de résidence stable et ininterrompue, celle de ressources ou encore parce qu'ils n'ont pas déposé de demande d'AME. Seule la condition d'identité doit être remplie. Ainsi le FSUV ne peut pas bénéficier aux étrangers en situation régulière. Ces derniers, s'ils ne disposent pas d'une couverture maladie par leur travail ou leur famille, ne peuvent bénéficier d'aucune prise en charge à l'exception de l'AME à titre humanitaire, qui n'est néanmoins attribuée que très rarement.

	CMU de base	CMU-C	AME	FSUV
Français	Oui (dès le 1 ^{er} jour de leur arrivée en France)	Oui (dès le 1 ^{er} jour de leur arrivée en France, condition de ressources)	Non	Non
Etrangers en situation régulière	Oui (s'ils sont en France depuis plus de trois mois)	Oui (s'ils sont en France depuis plus de trois mois, condition de ressources)	Non	Non
Etrangers en situation irrégulière	Non	Non	Oui (s'ils sont en France depuis plus de trois mois, condition de ressources)	Oui (s'ils n'ont pas l'AME)
Enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière sur le territoire	Non	Non	Oui, dès le premier jour de leur arrivée en France. La condition de ressources ne s'applique pas à eux	Normalement pas concernés car ils doivent bénéficier de l'AME
Etrangers en situation régulière depuis moins de trois mois en France	Non	Non	Non	Non

Tableau 1 : Récapitulatif des possibilités de recours à la CMU-C, la CMU de base, à l'AME et aux FSUV

1.3.2.2 L'AME À TITRE HUMANITAIRE

L'AME à titre humanitaire est attribuée sur décision de la direction départementale de la cohésion sociale (qui remplace depuis le 1^{er} avril 2010 la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)). Elle ne concerne pas les étrangers en situation irrégulière mais les non nationaux qui résident à l'étranger. Elle peut leur être accordée pour couvrir des soins dispensés en France alors qu'ils y étaient de passage (pour des vacances ou pour un court séjour), ou des soins à venir et qui ne peuvent être effectués dans leur pays d'origine. L'AME à titre humanitaire est donc une aide ponctuelle pour des étrangers qui ne résident pas en France et qui, s'ils ont été opérés sur le territoire, s'engagent à ne pas y rester. Elle permet la prise en charge totale ou partielle des soins. Quand une demande est déposée auprès de la direction départementale de la cohésion sociale, elle doit être accompagnée d'un certificat médical qui mentionne l'état de santé du demandeur. C'est donc bien ici aussi le statut de malade qui permet de l'obtenir. La décision, arbitraire, dépend du ministre chargé de l'action sociale. Son obtention est extrêmement rare. Le site de l'Assurance maladie rappelle d'ailleurs à son sujet qu'« il ne s'agit (...) pas d'un droit mais d'une possibilité ».

1.3.3 UNE LOGIQUE HUMANITAIRE

En étudiant les dispositifs du FSUV et de l'AME humanitaire, on s'aperçoit qu'ils procèdent de fonctionnements typiques du « gouvernement humanitaire », notion développée par D. Fassin et qu'il définit comme « le déploiement des sentiments moraux dans les politiques contemporaines » (2010 : 8). Le terme de gouvernement doit ici s'entendre au sens large « comme l'ensemble des dispositifs établis et des actions menées pour administrer, réguler, favoriser l'existence des êtres humains » (Ibid : 8). Le gouvernement humanitaire est un mode de gouvernement, de gestion des événements, qui porte une attention particulière à la souffrance et au malheur. Ce nouveau mode de gouvernement repose sur une nouvelle économie morale dont la raison humanitaire est le cœur. Nous sommes ainsi dans une politique de la compassion : « c'est la sympathie ressentie devant l'infortune du prochain qui produit l'indignation morale susceptible de générer une action visant à la faire cesser » (Ibid : 8). Les sentiments moraux, soit « les émotions qui nous portent vers les malheurs des autres et nous font souhaiter les corriger » (Ibid : 7), gouvernent ces politiques. Dans ce type de dispositif, c'est ainsi au nom de la souffrance et du malheur des autres qu'on agit, plus qu'au nom de l'injustice et de l'égalité des droits. Par conséquent, ces dispositifs mettent en place des mesures non pérennes qui vont servir à soulager des problèmes ponctuels. On agit dans

l'urgence, sur une situation précise à un instant T. La situation de la personne n'est pas interrogée dans sa globalité. La raison humanitaire sur laquelle repose ce type de dispositif, gouverne ainsi des vies précaires, c'est-à-dire « des existences qui ne sont pas assurées mais sont octroyées par la prière, autrement dit qui ne sont pas définies dans l'absolu d'une condition, mais dans la relation à ceux qui ont sur elles un pouvoir » (Ibid : 12). On parle ainsi désormais de souffrance pour dire les inégalités, de traumatismes plutôt que de violence. On mobilise la compassion à défaut de la justice.

C'est ainsi au nom de leur humanité et de leur souffrance que les soins des étrangers en situation irrégulière sont remboursés : le droit à la vie ne peut leur être refusé au nom de leur irrégularité. C'est l'universalité de l'humanité qui est ici mise en avant. Le FSUV est d'ailleurs mis en place pour éviter que l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003, qui instaure la condition de stabilité en matière d'AME, soit jugée inconstitutionnelle car allant à l'encontre des droits de l'homme et notamment du droit à la santé pour tous³⁷. Le corps de l'étranger est ainsi, ici, accepté uniquement comme un corps souffrant. C'est seulement quand la souffrance est intenable qu'il est pris en charge : uniquement quand il y a urgence et que le pronostic vital est engagé.

C'est ici la souffrance des corps et la compassion qui jouent : ne pas les prendre en charge est supportable tant que cela n'attente pas à leur vie. Ne pas leur permettre d'obtenir une couverture maladie les trois premiers mois de leur séjour est acceptable tant que cela ne nuit pas à leur vie. On ne parle pas d'universalité, de justice, d'égalité ici. On est dans une politique de la compassion, dans une politique des sentiments moraux bien illustrée par le titre d'un article d'Estelle Carde sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins (2006b) : « On ne laisse mourir personne ». On ne les laisse pas mourir, on leur accorde un droit à la vie, à la survie. Mais on ne leur donne pas pour autant la possibilité de vivre en bonne santé.

On est ainsi ici dans une gestion compassionnelle, mais aussi dans une gestion de l'urgence, au cas par cas, ponctuelle, qui permet de sauver des vies mais qui n'instaure aucun droit, de la même façon que la médecine est prodiguée dans les camps humanitaires (Fassin, 2010). On est finalement dans une gestion humanitaire : le corps souffrant permet une compassion et une prise en charge, mais il n'accorde pas de droits ou de statut social. On n'est pas dans une idée de biolégitimité (Fassin, 2001b ; 2010). Ces dispositifs du fonds des soins urgents et vitaux et de l'AME à titre humanitaire ne peuvent ainsi, selon nous, pas être analysés à partir des

37 Le Conseil constitutionnel valide ainsi l'article 97 dans sa décision du 29 décembre 2003, estimant que la condition de stabilité n'était pas inconstitutionnelle à partir du moment où le dispositif des soins urgents et vitaux était créé pour pallier à ses effets. Les principes d'égalité et de protection de la santé étaient dès lors respectés.

concepts de biolégitimité et de reconnaissance des corps souffrant développés par D. Fassin (2001b ; 2010) et Sandrine Musso (2008 ; 2012) à propos de la mise en place du titre de séjour pour raison humanitaire par la loi du 11 mai 1998. Par cette loi, l'étranger en situation irrégulière malade peut obtenir un titre de séjour « pour raison humanitaire ». Sa maladie lui octroie une reconnaissance sociale qui lui permet d'être régularisé à une époque où il est de plus en plus difficile d'obtenir un titre de séjour en tant que travailleur ou de se voir reconnaître le statut de réfugié : « Son corps est devenu une ressource sociale susceptible de produire une compassion qui, traduite dans le droit, lui permettra peut-être d'être régularisé. Bien portant, il n'avait plus aucune perspective d'obtenir un titre de séjour. Souffrant, il pense maintenant avoir une chance » (Fassin, 2010 : 113). Or ici, la raison humanitaire accorde une aide, de la compassion mais aucune reconnaissance sociale. Le fait d'être malade ne délivre aucun droit, puisque la prise en charge par le FSUV est ponctuelle et limitée aux seuls soins hospitaliers. On est ainsi très loin de l'idée d'un droit social, d'un droit à la santé accordé de manière universelle ou selon des critères sociaux et politiques. Tandis que le fait d'être résident et pauvre permet d'obtenir une couverture maladie, le fait d'être considéré comme un être humain, par contre, permet simplement d'être pris en charge ponctuellement et n'ouvre aucun droit.

On retrouve également une logique humanitaire dans les arguments donnés pour faire perdurer l'AME. Le maintien de cette dernière est souvent justifié à ce titre : on ne peut pas les laisser mourir. D'autres, qui souhaitent la réformer, proposent en général de la limiter justement aux soins urgents et vitaux, auxquels il ne serait pas humain de déroger, limitant alors l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à une aide ponctuelle.

« Ce n'est pas possible de continuer comme ça... Moi, je propose que cette aide médicale d'Etat soit supprimée, à l'exception naturellement des situations d'urgence. (...) Notre pays est généreux et quand quelqu'un est dans une urgence de santé, il faut évidemment être à ses côtés, comme bien entendu pour les enfants. Mais, pour le reste, ces soins de confort qui sont pris en charge par la République française au bénéfice de personnes qui sont en France de manière illégale doivent être supprimés » Jean-François Copé, le 4 septembre 2012 lors d'un café politique avec des militants UMP à Neuilly-sur-Seine.

La suppression de l'AME en faveur du FSUV aurait pour conséquence d'annuler toute idée de droit potentiel. En effet, même si l'AME est une protection inférieure aux autres en termes de couverture, elle reste un droit qui s'acquiert en remplissant des critères définis et qui ne dépend pas de l'arbitraire, du bon vouloir, de l'agent chargé de l'octroyer. Ce droit peut-être

réclamé, il existe des voies de recours. L'AME contraint ainsi l'Etat, même si elle n'est pas perçue comme un « dû » par ceux qui décident ou non de l'accorder.

Avec la mise en place de ce gouvernement humanitaire, qui touche plus largement l'ensemble de la société, la question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière se retrouve discutée en termes de raison humanitaire et de compassion (d'« humanité ») plutôt que de droit social ou universel.

CONCLUSION

En s'intéressant aux titres auxquels les étrangers en situation irrégulière sont protégés et aux types de couvertures mises en place, on a interrogé les frontières de la solidarité collective et les mécanismes sur lesquels elle repose en France. Nous avons ainsi repéré six grands principes de protection contre le risque maladie – le travail, la famille, la résidence en France, la pauvreté, la raison humanitaire, l'appartenance à la communauté nationale – inégalement répartis entre Français, étrangers en situation régulière et étrangers en situation irrégulière. On a vu que ces principes ne donnaient pas lieu au même type de prise en charge et que certains étaient plus protecteurs que d'autres : système assurantiel d'un côté, assistanciel de l'autre, en passant par une logique humanitaire d'urgence et ponctuelle. Le type de droit diverge également : du droit social à l'arbitraire de la faveur, en passant par des systèmes hybrides.

On peut ainsi noter une évolution en matière de prise en charge des étrangers en situation irrégulière, que ce soit dans le type de protection comme dans la mise à l'écart de ces personnes. De l'affiliation au système général par le travail, à la dépendance à l'assistance via le rattachement par la pauvreté ou la souffrance. Protégés au départ au même titre que les autres salariés, ils se retrouvent désormais majoritairement bénéficiaires de structures particulières qui leur sont propres.

Les modes d'affiliation et de gouvernement changent également, opposant une lecture universaliste de la protection sociale (par la résidence), une lecture professionnelle ou encore une lecture compassionnelle. L'AME éclaire bien ces antagonismes en étant dans une position trouble entre droit et commisération. Cette position est due au fait que l'AME n'est pas une prestation contributive et repose sur une perception compassionnelle, plutôt qu'économique de la pauvreté. L'AME véhicule l'idée que le pauvre doit être aidé au nom de son humanité et de son appartenance à la collectivité (territoriale), dans une compréhension proche de la charité. L'Etat décide de l'aide et s'honore en le faisant. Ce n'est pas une vision économique de la pauvreté qui est présentée ici et dans laquelle l'Etat s'obligerait vis-à-vis de ces

personnes car leur pauvreté serait perçue comme étant provoquée par le système de production.

Les statuts d'« étranger », d'« irrégulier », de « malade » et de « pauvre » interfèrent ainsi sur l'accès à une couverture maladie. Mais comment s'articulent-ils entre eux ? Comment les demandeurs et les agents instructeurs s'en saisissent-ils pour faire valoir leur demande ou effectuer leur travail ? Comment cette articulation joue-t-elle sur leur parcours d'accès aux soins ? Qu'est-ce que cela signifie en pratique de dépendre du système d'aide sociale plutôt que de celui de l'assurance ?

CHAPITRE 2 : ETHNOGRAPHIE DES PARCOURS D’OBTENTION DE L’AME. DES PROCESSUS DE DÉLÉGITIMATION MULTIPLES ET COMPLEXES

« On ne savait pas comment faire ni où se renseigner. On était à l’état embryonnaire. On n’avait pas les billes pour comprendre le système »
(Paul, demandeur de l’AME, entretien, 14.06.16).

Intéressons-nous à présent aux implications de cet enfermement dans une prestation particulière sur l’accès concret aux droits et aux soins des personnes bénéficiaires de l’AME. Comme nous l’avons vu, avec l’AME, les étrangers en situation irrégulière ne sont pas reconnus en tant que travailleurs, mais en tant que personnes pauvres. Ils dépendent ainsi d’une prestation non contributive qui est gérée, de plus, par un dispositif à part, celui de l’Aide sociale. Les recherches en sciences sociales ont montré que le fait de dépendre d’une prestation non contributive plaçait les individus dans une position inférieure dans leurs relations avec les administrations. Perçus comme des « assistés », incapables de s’en sortir par eux-mêmes et pesant sur la collectivité nationale (Duvoux, 2009 et 2012a ; Paugam 2009), ils sont renvoyés à une citoyenneté inférieure (Castel, 2009). Mais qu’en est-il quand ces personnes sont également placées dans une situation d’illégitimité et d’exclusion en tant qu’étrangers, de surcroît en situation irrégulière ? Comment l’imbrication des statuts d’irrégulier et de bénéficiaire de l’Aide sociale joue-t-elle sur les échanges des demandeurs de l’AME avec l’administration et les professionnels de la santé ?

Ce chapitre sera donc dédié à l’étude de ce que nous avons appelé le « parcours d’obtention de l’AME ». Nous examinerons notamment la manière dont ces différents attributs peuvent jouer sur l’obtention de la couverture. Nous nous intéresserons ainsi au fonctionnement du système de l’AME et à ses effets sur l’accès aux droits et aux soins.

Pour étudier cela, nous allons reprendre la distinction proposée par Pierre Lombrail (2007) entre accès primaire aux soins, c’est-à-dire l’accès à une couverture maladie, et accès secondaire aux soins, soit l’effectivité des soins. En nous appuyant sur les parcours des demandeurs, nous analyserons tout d’abord les difficultés qu’ils rencontrent en matière d’obtention de l’AME et d’accès aux soins. Nous verrons que tout au long de leur parcours, les demandeurs se heurtent à des obstacles dus à la fois à la particularité du dispositif de l’AME, à leur illégitimité en tant qu’étrangers en situation irrégulière et à leur illégitimité en

tant que non contributeurs à la protection sociale. Nous verrons dans un deuxième temps comment ces parcours stigmatisent les demandeurs et les renvoient à une position sociale reléguée et infériorisée, accentuant l'idée de leur mise à l'écart. Nous nous demanderons, enfin, dans un troisième temps, en quoi ces difficultés et leurs effets peuvent être qualifiés de discriminatoires. Pour cela, nous nous appuyerons sur la typologie élaborée par Estelle Carde (2006a) sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Cela nous permettra également de discuter les avantages et les limites de la notion de discrimination pour notre étude.

Ce chapitre, tout comme le suivant, se positionne ainsi du point de vue des demandeurs de l'AME. Les catégorisations des agents et leurs effets sur l'accès aux soins seront étudiés et approfondis dans le quatrième chapitre.

2.1 ETHNOGRAPHIE DES PARCOURS D'OBTENTION DE L'AME : DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Comme nous l'avons vu, l'AME est un système à part. Elle dépend d'une autre institution, l'Aide sociale, d'autres codes juridiques (le code de l'action sociale et des familles (CASF) plutôt que celui de la Sécurité sociale) et ainsi d'autres textes et procédures. Bien que l'AME soit gérée par l'Assurance maladie, elle est ainsi juridiquement distincte des autres prestations délivrées par cette administration. Cette différence n'est pas que théorique. Elle est également visible dans la manière dont sont reçus ces usagers, dont ils sont informés de l'existence de cette couverture et dans son fonctionnement. Lorsqu'on étudie les parcours d'obtention de l'AME, on s'aperçoit que ses demandeurs rencontrent un certain nombre de difficultés, que ce soit pour l'obtenir (même lorsqu'ils en remplissent les conditions) ou pour bénéficier de leurs droits une fois leur demande acceptée.

2.1.1 L'ACCESSIBILITÉ AUX DROITS

Les obstacles rencontrés en matière d'accessibilité sont de deux ordres : un manque de connaissance de la prestation tout d'abord, beaucoup n'apprennent son existence que tardivement, et, aussi, des difficultés à s'orienter dans des structures particulières, l'AME étant parfois gérée dans des lieux d'accueil spécialisés situés en dehors des CPAM.

2.1.1.1 UN SYSTÈME CONFIDENTIEL

La première difficulté rencontrée par les étrangers en situation irrégulière est déjà de connaître l'existence de l'AME. Les études de Médecins du Monde (2014) et du Comede (2014) ont montré que de nombreuses personnes qui remplissent pourtant ses conditions d'obtention n'en font pas la demande par manque d'information : 80% des patients qui fréquentent les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde remplissent les conditions d'accès à une couverture maladie, mais pourtant seuls 15% d'entre eux ont des droits ouverts. Cela est particulièrement vrai en matière de CMU-C et d'AME : « Les patients relevant d'une couverture maladie de base sont environ 43% à disposer de droits ouverts alors que parmi les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'AME ils ne sont respectivement que 19% et 10% » (Médecins du monde, 2014 : 42).

Notre enquête auprès de demandeurs de l'AME confirme également cet obstacle. Parmi les personnes rencontrées, aucune n'a bénéficié de l'AME dès son arrivée en France ou dès qu'elle a nécessité des soins, car aucune n'en connaissait l'existence. Elles n'ont pas non plus toujours été orientées vers l'AME, alors même qu'elles fréquentent le système hospitalier depuis des années et peuvent souffrir d'une maladie chronique, comme en atteste le parcours d'obtention de Luka.

Luka, 39 ans, est né en France en 1972 d'une mère serbe et d'un père bosniaque, à une époque où la Yougoslavie existait encore. Il est devenu apatride à la suite de l'éclatement de son pays. Bien qu'il ait passé toute son enfance en banlieue parisienne, il n'arrive pas à se voir reconnaître la nationalité française. A l'adolescence il part vivre cinq années en Yougoslavie pour y retrouver son père (qui décède peu de temps après son arrivée) et s'éloigner de sa mère avec qui il s'entend mal. Il rentre en France à 17 ans. A sa majorité, il pense obtenir des papiers d'identité française mais les lois Pasqua³⁸ ont modifié les règles d'obtention de la nationalité : pour qu'un enfant né en France de parents étrangers l'obtienne, il doit désormais y avoir résidé de 14 à 18 ans, ce qui n'est pas son cas. Son passeport yougoslave lui a de plus été retiré car il n'avait pas fait son service militaire. Enfin, la guerre et l'éclatement de la Yougoslavie ont également compliqué sa situation : ses parents sont issus de deux régions devenues deux pays distincts qui se renvoient la balle au sujet de sa nationalité, ce qui l'empêche d'obtenir des papiers d'identité. Des amis lui ont conseillé de retourner en Bosnie pour y demander un passeport, mais il a peur de ne pas obtenir de visa pour rentrer en France une fois là-bas (il a eu quelques condamnations pour des délits mineurs, a déjà failli être

38 La loi Pasqua n°93-1027 du 24 août 1993 conditionne l'obtention de la nationalité française à la majorité de mineurs nés en France de parents étrangers à une déclaration préalable : le mineur doit manifester sa volonté de devenir Français entre 16 et 21 ans pour pouvoir l'obtenir ensuite.

expulsé mais a refusé de monter dans l'avion). De plus, il ne connaît plus personne en Bosnie. Il est ainsi dans une situation inextricable. Visant une régularisation sur le territoire français, voire l'obtention de la nationalité, il a d'abord disposé de récépissés, ce qui lui a permis de travailler, mais aujourd'hui il n'a plus rien. Son avocat lui a demandé de réunir dix ans de preuves de présence en France mais il n'en a aucune entre 2000 et 2005.

Luka ne découvre l'existence de l'AME qu'en 2008, alors même qu'il sait qu'il est séropositif depuis 1992. Il ne s'exprime pas beaucoup sur ce sujet. Nous ne savons pas dans quel contexte il a contracté la maladie. Il ne commence son traitement que dix ans plus tard, lorsqu'il est hospitalisé en urgence pour un tout autre problème : une opération du bras après une chute dans des escaliers. N'ayant aucune couverture maladie à ce moment là, il est orienté, par le personnel médical, vers la permanence d'accès aux soins de santé (PASS)³⁹ de l'hôpital. Il y est soigné gratuitement sur le budget de la PASS. Personne ne lui parle de l'AME dont il remplit pourtant les conditions.

En 2008, Luka se rend à l'hôpital St Gratien, qui est plus près de chez lui, pour des abcès sous les bras. Il ne peut pas se rendre à la PASS car elle ne le prend en charge gratuitement que dans le cadre de son traitement contre le sida. Lors de sa deuxième visite, comme il n'a pas de couverture sociale, il est orienté vers l'assistante sociale. Elle l'envoie vers la permanence de la Sécurité sociale de l'hôpital. Il obtient l'AME sans difficulté : avec le traitement de sa maladie, il a de nombreuses preuves de présence. Dès lors, il la renouvelle tous les ans.

L'exemple de Luka montre bien que le fait de fréquenter le système de santé ne garantit pas aux personnes malades une meilleure connaissance de l'AME. Malgré son état de santé, il n'est pas orienté vers l'AME quand il est pris en charge par la PASS, alors même que cette prestation existe déjà. C'est, néanmoins, la fréquentation du milieu hospitalier, et plus précisément le renvoi vers l'assistante sociale, qui lui permettent de prendre connaissance de cette prestation et de l'obtenir. L'intégration au système médical et la maladie semblent donc être des moyens de connaissance de l'AME, mais ils peuvent jouer assez tardivement quand d'autres dispositifs d'accès aux soins permettent une prise en charge en attendant, ou lorsque les personnes arrivent à payer les visites médicales.

Notre enquête montre que l'orientation vers l'AME est plus souvent le fait de la famille, des connaissances ou des associations⁴⁰ que des professions médicales ou paramédicales. C'est

39 Les PASS sont des structures, généralement situées dans les hôpitaux, composées d'assistantes sociales et de médecins, qui permettent une prise en charge médicale et sociale de personnes ayant besoin de soins, mais n'arrivant pas à les obtenir, généralement à cause d'un défaut de protection sociale. Pour plus d'informations sur le fonctionnement des PASS, voir le travail de thèse de Jérémy Geeraert (2017).

40 Il est fort possible que ce résultat ne soit plus exact aujourd'hui. Les hôpitaux étant désormais soumis à la tarification à l'activité (T2A), le budget de l'hôpital ne couvre plus les impayés. Toute dépense devant

lors de conversations avec la famille ou des amis en situation irrégulière (qui connaissent déjà le système), ou dans la fréquentation d'associations que les étrangers découvrent l'existence de l'AME et ses fonctions. Cette information est souvent donnée lorsque l'étranger est malade, cherche à obtenir des médicaments, et que se pose la question du remboursement des actes. Les cas d'Issa et d'Ousmane en sont des exemples.

A son arrivée en France en 2001, Issa est malade. Il trouve la nourriture africaine du foyer étrange et n'arrive pas beaucoup à manger : le poulet, la viande, tout est différent pour lui. Il supporte également mal le changement climatique. Des amis du foyer lui disent de prendre du doliprane et lui demandent s'il a l'AME. C'est ainsi qu'il en entend parler pour la première fois. Il n'en fait pas pour autant la demande, le doliprane qu'il s'est procuré à la pharmacie lui suffisant.

Ousmane, Guinéen de 43 ans, entend, quant à lui, également parler de l'AME par les associations, mais c'est parce qu'il se renseigne à ce propos. Se retrouvant en situation irrégulière en 2011 après avoir perdu son titre de séjour pour soins, il ne peut plus bénéficier de la CMU (il a été affilié à la CMU de base et complémentaire en tant que demandeur d'asile puis au régime général et à la CMU-C comme travailleur pendant deux ans). N'étant informé ni par les médecins qui le suivent, ni par l'administration, des possibilités qui s'offrent à lui, il se renseigne pour savoir comment continuer à suivre son traitement contre l'hypertension auprès de bénévoles de l'association qui le domicilie. Ces derniers lui parlent de l'AME et lui indiquent le centre d'assurance maladie le plus proche ainsi que les papiers à apporter.

Certains étrangers en situation irrégulière sont orientés vers l'AME par des collectifs de sans-papiers qui leur conseillent de la demander même s'ils n'en ont pas besoin, comme en atteste l'exemple de Malla, un malien de 30 ans. Malla dépose sa première demande en 2010 alors qu'il vit en France depuis neuf ans et qu'il n'est pas isolé : son père est ici depuis près de trente ans, l'une de ses deux sœurs est régularisée, l'autre naturalisée. Il vit au foyer avec d'autres étrangers en situation irrégulière dont il partage le quotidien : *« A l'époque, je n'avais pas l'AME. Personne ne m'avait dit qu'il fallait la prendre ou déclarer ses impôts. Personne ne m'avait expliqué. Je ne pouvais pas savoir, sinon je l'aurais fait. Je ne connaissais pas. Je ne savais pas qu'il fallait tout garder, personne ne me l'avait dit »*⁴¹. C'est une militante de la coordination des sans-papiers (CSP), spécialisée dans l'AME, Sophie, qui lui en parle pour la

dorénavant être remboursée, les hôpitaux sont beaucoup plus regardants quant à la « solvabilité » des malades, c'est-à-dire leur capacité à rembourser les frais engagés. Le patient est déclaré solvable s'il a une couverture maladie qui peut prendre en charge ses frais. Par conséquent les patients qui n'ont pas de protection (et notamment ceux qui pourraient bénéficier de l'AME) sont orientés vers les assistantes sociales ou les PASS et des dossiers d'AME ou de CMU-C ou d'ACS y sont montés.

41 Entretien effectué le 06.12.12.

première fois. Elle tient une permanence dans le squat où il vit pour les aider à monter leurs dossiers d'AME et les encourage fortement à le faire : c'est important pour qu'ils puissent se soigner. Dès lors, il renouvelle son dossier chaque année.

L'AME est ainsi finalement assez peu connue. L'orientation des personnes vers cette prestation n'est pas immédiate et peut se faire tardivement. La pratique du système de santé, la maîtrise du français et la fréquentation de personnes intégrées socialement ne garantissent absolument pas une meilleure connaissance de ce système. Luka parle ainsi parfaitement français et vit en France depuis toujours. Il sait comment fonctionnent les administrations, mais cela ne suffit pas pour avoir connaissance des dispositifs propres aux étrangers en situation irrégulière. C'est par le biais de la maladie qu'il sera informé de son existence. Pour d'autres, c'est finalement plus les relations au sein du milieu des étrangers en situation irrégulière qui leur permettent d'en avoir vent. Le rôle d'une personne ressource bien au fait de la législation et du fonctionnement de la Sécurité sociale semble ainsi bien souvent déterminant pour connaître la prestation et avoir l'idée de déposer un dossier.

Nous pouvons ainsi qualifier l'AME de système confidentiel : aucune publicité n'est faite à son propos dans les lieux de soins (cabinets médicaux, hôpitaux, pharmacie), à part certaines structures de santé (comme des opticiens, pharmacies ou laboratoires) qui indiquent sur leur devanture « tiers payant, CMU complémentaire et AME acceptées ». Et encore, bien souvent seule la CMU-C est citée. Dans les hôpitaux, certaines PASS refusent de se faire connaître ou de distribuer des informations sur leur action de peur d'être submergées de demandes d'AME. De même, le nombre de bénéficiaires de la prestation ainsi que le montant de ses dépenses ne sont pas rendus public sur le site de l'Assurance maladie, contrairement à ceux de la CMU-C et du régime général.

Ce manque de visibilité et de publicité peut jouer contre l'obtention de l'AME. Comme de nombreuses enquêtes l'ont montré, les étrangers en situation irrégulière ont tendance à user de tactiques d'invisibilité (Le Courant, 2015) ainsi qu'à taire leur condition de peur d'être arrêtés et reconduits à la frontière. Il est donc plus délicat pour eux de se renseigner sur l'existence d'une couverture maladie pour les irréguliers puisque cela reviendrait à révéler qu'ils en font partie. Par conséquent, s'ils ne fréquentent pas les associations et ne révèlent pas leur situation, ils ne peuvent être informés de cette possibilité.

2.1.1.2 UN SYSTÈME PEU LISIBLE

Avoir connaissance de l'AME est une première étape, mais cela ne suffit pas pour l'obtenir. Il faut ensuite comprendre le fonctionnement du système pour pouvoir la demander. Or, savoir dans quel lieu se rendre n'est pas toujours évident. La particularité du dispositif et sa mise à l'écart le rendent en effet peu lisible, comme l'illustre le parcours d'Ousmane.

Ne sachant pas comment se soigner une fois en situation irrégulière, Ousmane se renseigne auprès de l'association qui le domicilie. Cette dernière l'envoie vers le centre d'assurance maladie le plus proche. Ce dernier n'est toutefois pas un centre d'accueil lambda de la CPAM. Ousmane doit en effet se rendre dans une permanence de l'Assurance maladie située au sein de l'hôpital. Ousmane s'y rend une première fois. Comme l'association l'a prévenu qu'il était nécessaire d'y aller tôt pour être reçu, il y arrive à 6h du matin. Il est néanmoins déjà trop tard : une vingtaine de personnes font la queue, et l'agent n'en reçoit pas autant. Les personnes qui attendent lui expliquent qu'il doit venir encore plus tôt, vers 4h du matin, pour être sûr d'être reçu. La deuxième fois, il décide donc de dormir chez un ami pour pouvoir y être plus tôt, car il n'habite pas dans le département⁴², et n'a aucun train qui peut lui permettre de s'y rendre si tôt. Il se rend à l'hôpital à 4h30, mais c'est encore trop tard, les vingt personnes sont déjà là. N'arrivant pas à être reçu par ce moyen, il retourne à l'association qui l'oriente cette fois-ci vers un autre lieu d'accueil, un centre de l'Assurance maladie spécialisé dans les demandes de CMU-C et d'AME. Les membres de l'association lui disent d'apporter une attestation d'hébergement, son passeport, son ancienne carte de séjour et son ancienne carte vitale. Ousmane fournit tous ces éléments et dépose son dossier. Au bout d'un mois, on lui écrit que le centre ferme et qu'il doit rapporter tous les documents (originaux et photocopies) pour refaire un dossier dans un autre centre. Une fois sur place, on lui demande, en plus, sa déclaration d'impôt. Heureusement il l'a sur lui et peut la fournir : n'habitant pas le département il se déplace toujours avec l'ensemble de ses documents administratifs pour éviter les déplacements intempestifs. Ousmane obtient son AME deux mois plus tard.

Un an après, Ousmane fait une demande de renouvellement. Pour cela, il se rend dans le même centre d'Assurance maladie. La première fois, il est sur place à 11h. Les agents l'informent qu'ils ne peuvent pas le recevoir, parce qu'il y a trop de demandeurs présents ce jour-là. Ils lui conseillent de revenir plus tôt un autre jour, ou d'envoyer directement son dossier par la Poste. Comme son AME n'est encore valable qu'un seul mois, et qu'il en a besoin pour couvrir son traitement et ses rendez-vous médicaux, il décide de tenter sa chance

⁴² Ousmane fait sa demande d'AME sur le département des Lys, là où il a engagé ses démarches de régularisation, même s'il vit dans un autre département non limitrophe. Comme de nombreux étrangers en situation irrégulière, il pense que ce département est plus clément en matière de régularisation.

un autre jour. Cette fois-là, les agents lui disent qu'ils ne peuvent pas prendre son dossier, que ce n'est pas ici qu'il faut le déposer, et qu'il faut forcément l'envoyer par la poste. Ousmane demande néanmoins à ce qu'il soit vérifié, pour s'assurer qu'il est complet. Les agents lui répondent qu'ils n'ont pas le temps et qu'il recevra un courrier s'il manque des documents. Il décide alors de faire vérifier son dossier à l'association qui le domicilie et propose ce service. A l'association, on lui apprend qu'il faut qu'il justifie trois mois de présence. On ne lui avait jamais dit cela avant : quand il a fait sa première demande en 2011, l'agent de l'Assurance maladie lui avait dit que sa déclaration d'impôt et son ancienne carte vitale suffisaient sans lui expliquer que c'était parce qu'elles dataient de plus de trois mois.

A travers le parcours d'Ousmane, nous pouvons distinguer plusieurs niveaux de difficultés pour obtenir l'AME : le repérage des lieux où déposer son dossier tout d'abord, puis la compréhension du système et de ses structures (et notamment les horaires), et enfin la composition du dossier. Nous allons revenir sur ces trois étapes de manière plus détaillée en essayant de comprendre ce qui explique, à chaque niveau, ces difficultés.

Repérer les lieux où s'effectuent les demandes : des guichets à l'écart

La première étape, qui consiste à savoir dans quel lieu se rendre pour retirer et remettre son dossier, pose beaucoup de problèmes aux demandeurs de l'AME, contrairement aux assurés du régime général ou de la CMU-C qui n'ont qu'à se présenter dans les centres d'accueil de l'Assurance maladie, ce qui facilite leur parcours. Ces différences s'expliquent par la manière dont est organisé l'accueil de l'AME dans les CPAM. En effet, bien que la gestion de l'AME soit déléguée aux CPAM et que l'AME soit gérée selon des règles équivalentes sur l'ensemble du territoire, les CPAM sont autonomes en ce qui concerne leurs choix organisationnels. Chacune décide du nombre de centres qui seront implantés sur son territoire, de leurs spécificités, de leurs horaires d'ouverture, de leur taille ou encore du type d'usagers qui en dépendront. Les lieux d'accueil peuvent donc varier selon les départements. Dans les deux caisses observées, ces variantes départementales n'ont pas d'incidence sur l'accueil des assurés sociaux. Il a lieu généralement partout (à l'exception des centres spécifiques réservés justement à l'AME), ce qui offre ainsi un large choix d'endroits où se rendre. Quant aux conditions d'accueil, elles ne changent pas de manière notable d'un département à l'autre. Elles restent les mêmes quel que soit le type de centre d'assurance maladie (centre de quartier, point d'accueil ou « pôle d'activité »⁴³). L'accueil des demandeurs de l'AME, en revanche,

43 Selon les départements, les « centres d'accueil » n'ont pas forcément la même dénomination. Certaines CPAM ont divisé leur accueil en « pôles d'activité » : il y a des centres qui ne reçoivent que les salariés et d'autres uniquement les professionnels de santé. D'autres CPAM parlent de « centres ». Enfin au sein d'une

diffère beaucoup selon les départements : certaines caisses les reçoivent dans des centres d'assurance maladie standard, d'autres dans des lieux spécifiques comme les hôpitaux, d'autres encore uniquement dans certains centres et sur rendez-vous. L'AME étant une prestation « à part », les CPAM peuvent recevoir ses demandeurs séparément des autres usagers, dans des guichets spécifiques situés à l'écart.

A la CPAM des Lys, par exemple, il existe trois types d'accueil : des centres d'assurance maladie standard (n=17) réservés aux assurés sociaux, des centres dits « de grande précarité » (n=2) exclusivement destinés aux demandeurs de la CMU-C et de l'AME et, enfin, les accueils extérieurs (des permanences de l'assurance maladie situées dans les hôpitaux et les associations) destinés à l'ensemble des usagers. Les demandeurs de l'AME peuvent s'informer dans les centres d'accueil standard (même s'ils y sont rarement orientés), mais les agents de ces centres n'étant pas formés à l'AME (puisque'ils ne s'en occupent pas), ils ne peuvent pas vraiment les renseigner et ne font que leur fournir le formulaire et les rediriger vers la voie qui leur est réservée pour déposer leur dossier. Dans les centres de grande précarité, les dossiers de CMU-C et d'AME sont instruits en totalité sur place. Les demandeurs de l'AME se rendent toutefois majoritairement dans les permanences hospitalières : ils y sont quasi systématiquement adressés par la plateforme téléphonique, les assistantes sociales et les médecins, surtout en cours ou en sortie d'hospitalisation. En effet, beaucoup d'entre eux n'entament leurs démarches qu'une fois malades ou lorsqu'ils ont des enfants. Une fois familiarisés avec ces permanences, les bénéficiaires de l'AME y retournent pour leur demande de renouvellement et y envoient également leurs connaissances. Les permanences hospitalières sont ainsi en quelque sorte étiquetées « permanences AME »⁴⁴, c'est d'ailleurs vers elles qu'est orienté Ousmane la première fois.

Ces modalités de réception sont de plus sujettes à changement, comme l'illustre particulièrement le parcours d'Ousmane. Alors que le dispositif de réception des assurés sociaux reste le même malgré des évolutions de noms ou des fermetures de centres, celui de l'AME peut changer du tout au tout. Ainsi le dispositif de la caisse des Lys, décrit ci-dessus, est complètement modifié en 2011. L'ensemble des permanences extérieures (dans les hôpitaux et les associations) est alors fermé. Les demandeurs de l'AME sont dorénavant reçus dans deux centres, dédiés uniquement à l'AME, pour l'ensemble du département. A la caisse

même CPAM il peut exister différents types de centres : les « petits » qui n'assurent qu'une mission d'accueil et sont ouverts seulement quelques jours dans la semaine et les « gros » qui comprennent également des services de « back office » où les agents instruisent les dossiers.

⁴⁴ D'ailleurs lorsque nous demandons au personnel de l'accueil central des hôpitaux où se situe la permanence de la Sécurité sociale, il est courant de les entendre rétorquer comme une évidence : « *L'aide médicale d'État ?* ». Lors de nos observations, nous avons pu noter que les panneaux sur la porte des permanences hospitalières indiquent clairement l'AME alors qu'aucune mention n'est faite de la CMU-C.

des Champs, le mouvement est inverse. Jusqu'en 2004, un centre unique recevait la totalité des demandeurs de l'AME du département. Il assurait leur accueil et l'instruction de leurs dossiers. Ce système a cessé à la suite de plaintes des associations qui soulignaient que ce type d'accueil, réservé à des personnes en situation irrégulière, facilitait les rafles policières. Depuis, les demandeurs de l'AME partagent les mêmes centres d'accueil que les assurés sociaux. Néanmoins, jusqu'en 2011, tous les agents d'accueil n'étant pas formés à recevoir leur demande, ils ne pouvaient faire vérifier leur dossier que dans certains centres d'accueil et non pas sur l'ensemble du territoire.

Ces variations sont difficiles à comprendre pour les bénéficiaires de l'AME, notamment pour ceux qui arrivent d'un autre département et se trouvent confrontés à une nouvelle organisation. Il leur faut alors saisir le fonctionnement, bien souvent obscur à première vue, de leur nouvelle CPAM, sous peine de ne pas obtenir l'AME. La situation est tout aussi floue pour ceux qui passent d'une CMU à une AME et ne se rendent pas dans les bons lieux pour effectuer leurs demandes et perdent ainsi un temps précieux, les délais de réponse des caisses (et du coup de réorientation) pouvant être longs.

Cette exclusion spatiale peut également engendrer des difficultés pour les usagers. Tout d'abord, cela leur laisse moins de possibilités de lieux où aller. Ensuite, les accueils n'étant pas forcément situés près de chez eux et étant moins bien répartis que les centres (quand ils le sont), les demandeurs doivent parfois parcourir plusieurs kilomètres, voire traverser tout le département pour pouvoir déposer un dossier.

Les locaux, lorsqu'ils sont spécialisés dans l'AME ou les prestations de précarité, sont, enfin, mal signalés et difficiles à trouver, ce qui n'est pas le cas des centres d'assurance maladie classiques qu'on repère grâce à leur gros logo, et dont on peut trouver les adresses sur internet, contrairement aux permanences hospitalières. Ces dernières sont si confidentielles que même le personnel de l'hôpital ne sait pas toujours où elles sont situées. Or, comme elles ne sont pas indiquées sur les panneaux d'information, les personnes doivent forcément demander leur chemin à l'accueil pour pouvoir les trouver.

Je me rends à l'hôpital St Gratien. J'arrive par le métro, je suis les panneaux et entre par la première entrée que je trouve. La Sécurité sociale n'est pas indiquée. Je vais tout droit en direction de l'accueil. C'est un grand comptoir en bois, partagé en trois bureaux, l'accueil à gauche, les admissions à droite. Rien n'est affiché. Je fais la queue, puis demande où se trouve la Sécurité sociale. L'agent me regarde bizarrement. Elle me dit qu'il y a une permanence de la Sécurité sociale mais que c'est pour l'aide médicale de l'État. Je réponds que je viens bien

pour cela. Nouveau coup d'œil surpris. « *Vous venez pour accompagner quelqu'un ?* ». J'acquiesce. Elle m'explique : « *Là, il est trop tard pour arriver. Ils ne distribuent que quinze tickets. Les gens viennent dès 6h du matin, vous ne pourrez pas passer, il faut venir plus tôt* », sans m'indiquer le bureau. Je lui demande où il se trouve, elle hésite puis, devant mon insistance, finit par me dire qu'ils attendent sur le banc « *là-bas* », sans plus de précisions. Comme je reviens à la charge, elle finit par me montrer un banc derrière l'escalier. Le bureau est situé à l'étage sans autre signalétique qu'une feuille collée sur un des murs de l'escalier, avec les horaires de la permanence. Les demandeurs doivent faire la queue en bas de celui-ci, sur un banc. Ils n'ont pas le droit de monter à l'étage s'ils ne sont pas appelés (journal de terrain, CPAM des Lys, 16.02.11).

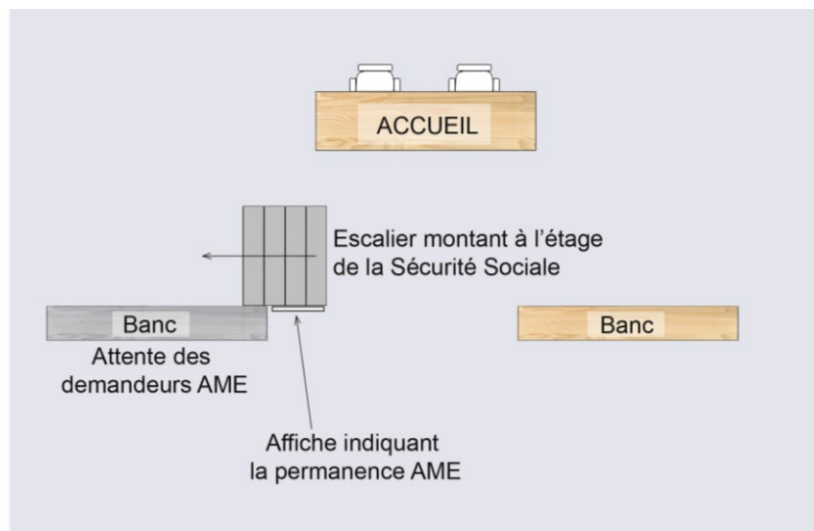


Figure 6: Accueil de l'hôpital de St-Gratien

Connaître les horaires des permanences

Enfin, les horaires de réception des permanences ou rendez-vous AME peuvent être réduits, entraînant à la fois des queues interminables, la nécessité de venir très tôt pour être reçu et des difficultés pour déposer les dossiers.

Cette réduction des horaires s'explique par la fonction de variable d'ajustement que joue l'AME dans l'organisation des centres d'accueil. Les CPAM, qui font face à des restructurations importantes et des baisses d'effectifs (comme on le verra au chapitre sept), n'ont pas toujours les moyens d'assurer l'ouverture de l'ensemble de leurs permanences. Or,

l'AME étant considérée comme une prestation à part, c'est la réception de ses bénéficiaires qui est supprimée en premier en cas de besoin.

A la Caisse des Lys, les permanences hospitalières sont au nombre de dix. En 2011, vingt agents y travaillaient⁴⁵, contre quarante en 2000. Les départs en retraite n'ont pas été remplacés alors que le nombre de bénéficiaires de l'AME a été multiplié par sept. La réduction du coût de la gestion de l'accueil est devenue prioritaire pour toutes les caisses d'assurance maladie. Pour limiter les dépenses locatives et les frais de personnel, les caisses des Champs et des Lys ferment actuellement les centres dont les murs ne leur appartenaient pas, regroupant leurs accueils et mutualisant leurs effectifs. Les agents des permanences hospitalières ne sont pas suffisamment nombreux pour gérer le flux des demandeurs, d'autant plus qu'ils doivent également traiter les demandes des assistantes sociales de l'hôpital pour les patients hospitalisés. Dans de telles conditions, ils s'organisent tant bien que mal, recevant, par exemple, les demandeurs de l'AME le matin et les assistantes sociales l'après-midi. Les permanences ne sont donc pas forcément ouvertes quotidiennement et aucun jour fixe n'est attribué à la réception des demandeurs de l'AME. Comme les horaires changent d'une semaine à l'autre en fonction des besoins des assistantes sociales et des réunions fixées par la CPAM, ils sont affichés sur la porte de la permanence chaque lundi. Les demandeurs n'ont aucun moyen de les connaître à l'avance, les emplois du temps n'étant ni diffusés sur internet⁴⁶ ni connus des agents de la plateforme téléphonique.

Je me rends vers 8h30 à l'hôpital Beauchamp pour aider Samba⁴⁷ dans sa demande d'AME. Je commence par chercher l'accueil pour savoir où se trouve le bureau de la Sécurité sociale. J'aperçois de multiples panneaux (PMI, Centres, Amphithéâtre) mais l'accueil n'est pas indiqué immédiatement. Je suis la foule. L'hôpital est en travaux et on doit suivre une déviation, que je prends, pour atteindre les admissions et les caisses. J'arrive enfin aux admissions supposées ouvrir dès 7h30. Tout est fermé. Le bureau de la Sécurité sociale n'est indiqué nulle part. Il n'y a aucun agent, les box sont tous clos. Je circule un peu dans cet espace et tombe sur une porte située dans un renforcement, non visible depuis les admissions. Il y est indiqué « CPAM des Lys ». Sur le pan de mur perpendiculaire, un panneau de signalisation indique « Bureau CPAM. CPAM des

45 Ces mêmes agents assurent également les permanences dans les associations.

46 Les horaires des centres d'accueil d'Assurance maladie standard sont consultables sur internet. Les modifications dues à des fermetures ponctuelles ne sont pas précisées mais elles sont exceptionnelles alors qu'elles sont habituelles dans les permanences hospitalières.

47 Samba, 30 ans, est d'origine malienne. Je le connais personnellement. N'arrivant pas à déposer sa demande d'AME, il fait appel à moi pour l'aider, car il sait que je travaille sur ce sujet et connais ainsi le fonctionnement de ces dossiers.

Lys. Sécurité sociale. Aide médicale Etat ». Un planning est affiché sur la porte du bureau. Cette semaine, le bureau n'est ouvert que jeudi et vendredi, il n'y a donc personne aujourd'hui. Samba n'arrivant pas, je l'appelle : il me dit qu'il est à l'hôpital Beauchamp. Comme je ne le vois pas, je lui demande où il est pour essayer de le rejoindre et lui explique que je suis au bon endroit mais que le service est fermé. Il est apparemment au troisième étage mais ne sait pas où exactement. Il se renseigne. J'entends quelqu'un lui dire que « *L'aide médicale, ce n'est pas là* ». Je lui donne rendez-vous aux admissions (journal de terrain, 15.02.11).

Le nombre de demandeurs de l'AME accueillis varie ainsi en fonction des plannings des agents, mais aussi de leur manière de travailler. Ils peuvent recevoir vingt-cinq personnes une journée et douze la suivante. L'agent de permanence arrive à 8h30 et remet des tickets aux gens présents. Certains essaient d'en distribuer le maximum pour accueillir le plus de personnes possibles, d'autres préfèrent en donner moins mais prendre plus de temps pour les dossiers. Une fois atteint le quantum de tickets à distribuer, ceux qui n'en ont pas eu sont invités à partir, ce qui peut créer de la tension, surtout si les salles d'attente sont exiguës et que les demandeurs peinent déjà à tous tenir dedans. Ceux qui comprennent qu'ils ne passeront pas dans la journée tentent au moins de s'assurer, auprès de l'agent, que leur dossier est complet. Mais, bien souvent ce dernier refuse de répondre, estimant que les questions risquent de se multiplier et que ce temps accordé réduira le nombre d'entretiens.

A la caisse des Champs, bien que les demandeurs de l'AME soient reçus dans les mêmes centres que les assurés sociaux, ils relèvent aussi néanmoins d'un circuit particulier. Alors que les assurés sociaux sont reçus immédiatement, les demandeurs de l'AME doivent prendre rendez-vous pour rencontrer un agent. Or, les jours de rendez-vous ne sont pas fixes et peuvent varier en fonction des besoins de la caisse : si une semaine il y a moins d'agents d'accueil (du fait de congés, d'arrêts maladie, de formations, etc.), aucune plage horaire ne sera prévue pour les rendez-vous AME qui sont ainsi les premiers à être supprimés, en cas de besoin. L'AME sert ici aussi de variable d'ajustement. Dans certains centres qui reçoivent beaucoup de demandeurs de l'AME, l'attente pour un rendez-vous est longue et peut parfois atteindre plus d'un mois.

En se déplaçant, les étrangers en situation irrégulière ne sont donc pas sûrs d'être reçus : il suffit que la permanence ne soit pas ouverte, qu'ils arrivent trop tard ou que malgré leur bon classement dans la file d'attente, l'agent n'en reçoive que très peu ce jour-là. Comme le département des Lys n'accepte aucun dossier par courrier (contrairement à celui des Champs) jusqu'en 2011, les demandeurs sont obligés d'y réussir ce que l'on pourrait qualifier

d'« épreuve de l'attente », pour obtenir leur couverture maladie. Pour cela, ils mettent en place des stratégies. Les permanences hospitalières recevant peu de monde, les demandeurs viennent le plus tôt possible pour s'assurer d'être reçus. Certains s'y rendent dès 3h du matin, voire, pour ceux qui n'ont aucun moyen de transport, dès la veille au soir, ce qui les oblige à dormir sur place (ils apportent alors parfois oreiller et duvet pour s'assurer un petit confort). Aucun dispositif de ticket ou de file d'attente (qui existe pourtant dans les centres d'assurance maladie) n'étant mis en place à l'hôpital, les demandeurs s'organisent à l'aide d'une feuille blanche (qu'ils récupèrent à l'accueil) sur laquelle ils notent leur ordre d'arrivée pour le faire respecter et éviter ainsi les conflits. Ils développent ainsi des pratiques de solidarité déjà observées dans d'autres espaces, tels que les préfectures (Gerbier-Aublanc, 2016).

Savoir constituer un dossier : la question de l'arbitraire

A ces différents obstacles s'ajoute une dernière difficulté : les agents n'ont pas tous les mêmes exigences en matière de justificatifs demandés. En ce qui concerne la condition de résidence, il existe une liste très large de documents pouvant servir de preuve, mais il arrive que certains agents n'en acceptent que quelques-uns, ou veuillent absolument avoir les originaux en plus des photocopies. Certains agents demandent une grande quantité de justificatifs, tandis que d'autres n'en réclament qu'un ou deux. La compréhension de la procédure est alors difficile pour les demandeurs qui ne sont jamais sûrs que leur dossier va « passer » et estiment qu'il existe une forme d'arbitraire dans l'instruction des dossiers. Certains professionnels sont décrits comme plus « sympas », plus souples, et d'autres, ceux qui réclament des documents complémentaires ou font du zèle en refusant les photocopies, plus « méchants ».

« Si on tombe sur le mec qui est cool, ça passe. Si on tombe sur la nana qui n'est pas cool, elle va mitrailler. Elle va demander tel papier en plus. On reste dans un cadre administratif : il faut tel papier sinon ça ne marche pas. Ce n'est pas possible de s'arranger [...] Certains nous font déguster. Ils demandent des certificats d'hébergement... » (Luka, entretien, 09.03.11).

Pour pallier cela, les étrangers essaient de savoir à l'avance à qui ils ont affaire. Dans les files d'attente, ils échangent à propos de l'agent du jour : dès que l'un est sorti, tous lui demandent comment il est et se réjouissent ou s'alarment en fonction des réponses.

La première personne reçue sort contente du bureau. Elle a eu son récépissé de dépôt et semble confiante : « *Tout est bon* ». Elle dit au suivant : « *Ça va, elle est gentille, pas comme la grosse de l'autre jour !* ». Il est rassuré. Tout le monde

s'inquiète du caractère de l'agent. Oumar a posé la même question à cette personne dès qu'il l'a croisée, et c'est la première chose qu'il me dit quand j'arrive pour l'accompagner : « *Ça va, la dame est gentille* » (journal de terrain, 16.02.2011).

Une fois au fait des « personnalités » des agents, les demandeurs établissent des stratégies pour faire aboutir leur dossier, s'arrangeant pour venir quand celui considéré comme le plus humain et le moins exigeant est présent. Luka revient ainsi exprès un jeudi pour renouveler son AME. Il suppose que c'est le jour où travaille l'homme qui l'avait reçu l'an dernier. Shéhérazade, quant à elle, insiste, alors qu'elle n'a pas de ticket, pour être reçue le jour même ou en tout cas au moins pouvoir discuter avec l'agent⁴⁸ car elle est réputée « généreuse » (« *Tout le monde ressort avec un récépissé !* », ce qui signifie qu'elle ne leur a pas demandé de documents complémentaires) et que « *en fonction de la personne que tu vois, ça peut très bien être un oui comme un non, ça m'est déjà arrivé que quelqu'un me refuse l'AME, et que le jour d'après une autre me l'accorde* »⁴⁹.

Cet arbitraire les place dans un doute perpétuel par rapport à l'issue de leur dossier : ne comprenant pas ce qui différencie les bonnes des mauvaises pièces en fonction des agents, ils ne sont jamais sûrs d'avoir bien réuni celles qu'il faut. Ces interrogations sont amplifiées par le fait que les agents ne leur expliquent pas particulièrement ce qu'ils font, ce qui ne les aide pas à comprendre comment sont instruits les dossiers. Les agents travaillent de plus directement sur leur ordinateur, bien souvent situé entre eux et le demandeur. En plus de déshumaniser la situation, cela crée une barrière entre l'utilisateur et l'agent. Ce dernier saisit dans la machine l'ensemble des pièces du dossier sans rien expliquer à l'utilisateur, tout comme certaines assistantes sociales qui parfois, pour gagner du temps et ne pas perdre d'énergie en explications, remplissent elles-mêmes les formulaires d'AME, sollicitant le demandeur uniquement pour qu'il signe, et piochant les pièces justificatives dans les liasses de documents qu'il a apportés, sans lui dire pourquoi ils conviennent.

Cela signifie qu'en fonction des agents sur lesquels ils tombent, le délai d'obtention de l'AME peut être plus ou moins long, notamment si le guichetier leur réclame de nouveaux documents, les obligeant à revenir, sans rendez-vous, et ainsi à devoir à nouveau affronter et réussir l'épreuve de l'attente. Le dépôt d'un dossier peut alors prendre plusieurs semaines, comme l'illustre l'exemple de Samba (cf. Encadré 2), qui a cumulé l'ensemble de ces difficultés.

48 Shéhérazade a eu un refus pour condition de ressources et dit que son mari s'est trompé en les recopiant, elle aimerait faire valoir cela auprès de l'agent pour obtenir un accord.

49 Extrait du journal de terrain, entretien informel du 16.02.11.

Encadré 2 : Le parcours d'obtention d'AME de Samba : un cumul de difficultés

Le lundi 7 février 2011, Samba se rend à l'hôpital St Gratien pour déposer une demande d'AME. Il doit y retourner quatre jours d'affilée avant d'être reçu. Chaque jour, il arrive aux alentours de 6h30. Il ne peut pas y aller plus tôt, car le bus ne circule pas avant 6h. Le lundi, vingt-cinq personnes ont été reçues, le mardi et le mercredi douze, le jeudi six. Ce jour-là, l'accueil n'a ouvert qu'à 15h. Samba a attendu de 6h30 à 15h devant le bureau de la Sécurité sociale. Comme il était le deuxième dans la file, il était sûr de passer, il ne voulait pas laisser tomber. Lorsque l'agent a examiné son dossier, elle lui a dit qu'il devait revenir avec l'original des impôts. Il a protesté : il avait la photocopie, c'était la même chose, d'autant plus qu'il était difficile d'être reçu et qu'il fallait revenir plusieurs fois pour y arriver. Il ne pouvait pas se permettre de consacrer encore une semaine à cela alors qu'il avait une photocopie du document demandé. L'agent a maintenu sa demande lui indiquant qu'il pouvait se rendre à l'hôpital Beauchamp s'il voulait éviter l'attente de l'hôpital de St Gratien. A la suite de cette entrevue, il me contacte par l'intermédiaire de son cousin qui est un ami. Il souhaite que je vérifie qu'il a bien tous les documents nécessaires pour ne pas avoir à y retourner sans cesse. Il est furieux, scandalisé de la manière dont les demandeurs d'AME sont traités : comme l'agent ne reçoit qu'un petit nombre de personnes jamais connu à l'avance, ils patientent pendant des heures. S'ils savaient dès le départ que c'est inutile, ils ne le feraient pas. Il se sent humilié et se dit vexé. Il est dégoûté de l'hôpital St Gratien et préfère essayer celui de Beauchamp où il peut se rendre en métro, ce qui lui permet d'arriver plus tôt. Le lendemain, nous y allons tous les deux. Une fois sur place nous nous apercevons que la permanence est fermée (voir l'observation du 15.02.11). Le lendemain, le 16 février, nous retournons à St Gratien. Sur place dès 6h30, Samba est quarantième, ce n'est pas la peine d'insister. Nous sympathisons alors avec Paul qui a des difficultés à obtenir l'AME et me demande de l'aide. Comme nous devons à nouveau revenir le lendemain, je lui propose de passer avec lui à ce moment-là. C'est ainsi grâce à Paul, présent dès 3h le lendemain et qui inscrit Samba sur la liste d'attente dès son arrivée, échangeant en quelque sorte ce service contre mon aide, que ce dernier parvient enfin à déposer son dossier le 17 février soit dix jours après avoir commencé ses démarches et en y étant retourné chaque jour.

Pour éviter d'avoir à revenir sans cesse, la plupart des demandeurs emportent avec eux le maximum de documents administratifs. Certains se promènent ainsi avec une énorme valise où tous les papiers de la famille sont classés dans des chemises étiquetées. D'autres, comme Ousmane, viennent systématiquement avec un classeur comprenant toutes leurs déclarations

d'impôts, tous leurs certificats médicaux et toutes leurs ordonnances. Il a toujours également quatre photos dans son classeur et les remplace immédiatement dès qu'il en a donné une pour être sûr d'en avoir toujours quatre sur lui.

L'ensemble de ces difficultés, lorsqu'elles sont cumulées, peut alors retarder le dépôt du dossier de plusieurs semaines, surtout si la personne ne peut revenir chaque jour car elle travaille, habite loin, ou a d'autres obligations, comme l'illustrent les parcours d'obtention d'Ousmane et de Samba.

2.1.2 L'EFFECTIVITÉ DES DROITS

Une fois la prestation obtenue, les bénéficiaires de l'AME peuvent encore rencontrer des difficultés à faire valoir leur droit, c'est-à-dire à pouvoir utiliser leur AME tout d'abord, et à pouvoir accéder aux soins dans toute l'amplitude qu'elle permet ensuite. Ces difficultés peuvent être dues à des « erreurs de droit », comme à des refus de soins.

2.1.2.1 DES ERREURS DE DROIT

L'AME est, certes, une prestation d'aide sociale. Elle se dégage toutefois d'une partie des principes de fonctionnement de l'Aide sociale, de par sa forme et son mode de délivrance. Comme l'a montré Estelle Carde (2009), l'AME se distingue du reste de l'Aide sociale sur quatre points. Tout d'abord, le droit à l'AME est apprécié en fonction d'un barème national (un plafond de ressources) et non d'une évaluation subjective en matière de ressources. Deuxièmement, le demandeur n'a plus à prouver un besoin de soins pour être pris en charge, l'AME est octroyée à toute personne répondant aux critères de résidence et de ressources, qu'elle soit malade ou non. Elle est donc préventive, c'est-à-dire qu'elle agit comme une véritable couverture maladie délivrée pour une durée longue : un an, ce qui est contraire aux principes de l'aide sociale dont le but est d'aider à surmonter un passage difficile. De plus, l'AME peut être renouvelée tous les ans, sans limitation, que la personne ait des problèmes de santé ou non, qu'elle s'en soit servi ou non. Troisièmement, la demande d'AME est déposée et instruite dans les CPAM, c'est-à-dire dans une institution de droit commun. Les personnes n'ont plus à se rendre dans un guichet de l'Aide sociale, mais se présentent à un guichet unique, qu'elles dépendent de l'Assurance maladie ou de l'Aide sociale. Enfin, l'AME est gérée par l'Etat, alors que dans les principes de l'Aide sociale, la compétence de l'Etat est

limitée à la prise en charge des personnes sans domicile fixe (SDF)⁵⁰. L'AME va ainsi au-delà d'une prestation de l'Aide sociale, mais reste en-deçà de l'assurance.

Ce statut ambigu entraîne des confusions dans le traitement des bénéficiaires de l'AME ainsi que des difficultés dans l'accès à la prestation et aux soins. Certains médecins, pharmaciens ou encore agents des CPAM réagissent comme si l'AME était une simple prestation de l'Aide sociale, appliquant les logiques propres à ce champ. Des médecins et pharmaciens refusent ainsi par exemple de servir des usagers de l'AME qui ne résident pas dans leur commune, pensant qu'ils ne doivent prendre en charge que les personnes vivant dans leur localité. Cette idée est partagée également par certains agents hospitaliers. C'est ainsi au nom du principe de territorialité propre à l'Aide sociale que les avantages de l'AME peuvent être refusés à ses bénéficiaires.

« Par rapport à l'AME, il faut habiter dans le quartier sinon la pharmacie ne l'accepte pas et tu es obligé de payer tes médicaments. Dans le quartier, il y a trois pharmacies. Celle de la rue Durée accepte, par contre celles du bas et du haut de la rue Jean Jaurès ne l'acceptent pas, il faut te démerder » (entretien, Luka, 09.03.11).

Comme on le voit dans cet extrait d'entretien, ces erreurs de droit peuvent être intégrées par les demandeurs qui pensent que le système fonctionne ainsi, et qui se restreignent alors dans leurs démarches. Certains acteurs du monde de la santé et une partie des bénéficiaires croient également que l'AME est subordonnée à un besoin de soins. Luka pense ainsi qu'il a obtenu l'AME uniquement parce qu'il a une maladie lourde et chronique. Cette opinion est partagée par le personnel des pharmacies, des hôpitaux mais aussi des caisses primaires d'assurance maladie, où certains agents d'accueil (qui n'instruisent pas les dossiers) pensent également que l'AME ne concerne que les personnes qui peuvent justifier d'un besoin de soins, et peuvent ainsi mal les orienter. Ces erreurs de droit peuvent ainsi entraîner des refus totaux ou partiels de prise en charge, empêchant les bénéficiaires de l'AME d'user de leur droit aux soins.

2.1.2.2 DES REFUS DE SOINS

Au-delà des erreurs de droit, le bénéficiaire de l'AME peut également faire l'objet de refus de soins. Plusieurs recherches ont montré que les médecins généralistes, et encore plus les

⁵⁰ Jusqu'à la mise en place de l'AME, les départements géraient l'aide médicale pour les personnes domiciliées dans leurs communes et l'Etat celle pour les sans domicile fixe (SDF).

spécialistes, émettaient des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME (Carde, 2006a, 2006b et 2007 ; Desprès, 2005 et 2010, Médecins du Monde, 2006). L'étude de Médecins du Monde précise que les refus concernant les bénéficiaires de l'AME sont plus nombreux : le taux général de refus de soins des généralistes est de 37% pour les bénéficiaires de l'AME (34% pour les médecins de secteur 1 et 59% pour ceux de secteur 2) contre 10% pour ceux qui ont la CMU-C (8% pour le secteur 1 et 21% pour le secteur 2).

Ces enquêtes ont révélé que ces refus pouvaient être de plusieurs ordres : des refus purs (les médecins ne veulent pas recevoir ces patients, sous quelque forme que ce soit), des refus différés ou des refus du dispositif mais une acceptation des patients. Ainsi certains docteurs peuvent accepter de les recevoir mais uniquement à certaines plages horaires qui sont peu demandées par leur clientèle habituelle et restent alors souvent vacantes (refus différés). Les rendez-vous le soir aux heures de sortie de bureau sont par contre systématiquement refusés par ces docteurs aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME (Desprès, 2010).

Certains médecins peuvent également refuser ces patients car, avec eux, ils sont obligés d'accepter le tiers-payant (les patients n'ont pas à faire l'avance des frais), et n'ont pas le droit de leur facturer de dépassements d'honoraires. Il y a alors un véritable manque à gagner pour des médecins qui ont fixé comme prix de départ un montant supérieur à celui prévu par la Sécurité sociale. Cette raison explique pourquoi le taux de refus chez les médecins de secteur 2 (c'est-à-dire ceux qui sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires) est plus important. D'autres acceptent de recevoir ces personnes à condition qu'elles payent de leur poche leur consultation (refus du dispositif). Ils ne font alors pas fonctionner le dispositif de l'AME estimant qu'ils sont payés à la fois trop tardivement et trop faiblement.

Les médecins justifient ces refus par la paperasserie qu'engendre l'AME (Carde, 2007 ; Desprès, 2010). Ces patients n'étant pas des assurés sociaux, ils n'ont pas de carte vitale. Les médecins ne peuvent alors utiliser la télétransmission et doivent remplir des feuilles de soins pour être remboursés, et ce plus tardivement puisqu'il faut attendre que le courrier soit traité. Ces difficultés sont également rencontrées par les bénéficiaires de la CMU mais dans une moindre mesure puisqu'ils disposent d'une carte vitale.

Deux de nos enquêtés, Issa et Luka, racontent avoir essayé des refus de pharmaciens qui ne voulaient pas les servir parce qu'ils bénéficiaient de l'AME et qui leur ont expliqué qu'ils ne traitaient pas ce type de dossiers. Luka a également rencontré plusieurs fois des médecins qui refusaient de le recevoir à cause de son AME ou qui acceptaient mais à condition qu'il paye la consultation ainsi que le dépassement d'honoraires, qui ne lui était alors pas remboursé. Ces

diverses formes de refus pénalisent les patients en limitant ou retardant leur accès aux soins quand elles ne l'empêchent pas totalement.

2.2 LE PARCOURS D'OBTENTION DE L'AME : L'APPRENTISSAGE DE LA RELEGATION

Les difficultés rencontrées jouent également sur la manière dont le demandeur de l'AME conçoit sa place en France, en tant que personne y résidant, en tant que citoyen et en tant que demandeur d'une aide ou bénéficiaire d'un droit. Lorsque l'on discute avec les demandeurs, un sentiment général ressort de leur discours : celui d'être renvoyé dans des espaces relégués, cachés, ce qui leur apprend, ou leur rappelle, leur place dans la société : à l'écart, en dehors du droit commun. Cela est particulièrement vrai pour ceux qui effectuent leurs demandes d'AME auprès des permanences hospitalières.

Le fait d'avoir à dormir à l'hôpital, pour espérer être présent suffisamment tôt pour être reçu, et les conditions dans lesquelles cette attente se passe illustrent bien ce processus. La nuit, les demandeurs se retrouvent expédiés d'un endroit à l'autre. Les agents de la sécurité les envoient aux Urgences, lorsque l'hôpital est fermé au public. Ceux des Urgences les renvoient à leur tour quand l'hôpital rouvre, ce qui empêche les demandeurs de dormir, d'autant plus qu'ils n'ont aucun endroit où s'installer. De manière générale, aucun espace n'est aménagé pour les accueillir : il n'y a pas de salle d'attente, ou alors elle est trop petite pour le nombre de personnes qui se présentent, ce qui peut provoquer des situations de conflit. Aucun dispositif de ticket ou de file d'attente n'est mis en place comme dans les centres d'assurance maladie. Les demandeurs ne se sentent ainsi pas vraiment « accueillis » mais plutôt ballotés d'un endroit à l'autre, tels des usagers inférieurs voire des « parias » comme le raconte Luka : *« A partir d'une heure du matin, ils nous envoient là-haut, aux Urgences, pour pas qu'on dérange. Alors qu'il n'y a pas un chat en bas. On nous balade d'un bout à l'autre de l'hôpital. Aux urgences, y a un banc où seulement une dizaine de personnes peut s'asseoir. Les autres se démerdent. Et on est regardé comme des pestiférés. Ils se demandent ce qu'on fout là. Quand on est trente à attendre, ça doit leur faire bizarre. Les femmes de ménage ferment les toilettes en nous disant qu'elles sont dégueulasses si elles nous laissent y aller. Les toilettes de la cafétéria sont ouvertes mais seulement à 13h. C'est dégueulasse comment ils nous traitent, c'est de la discrimination »*⁵¹.

51 Entretien, Luka, 09.03.11.

Beaucoup d'hôpitaux n'ayant pas de salle d'attente adéquate, les demandeurs patientent dans les couloirs ou parfois sur des bancs en plein milieu des halls à la vue de tous, « *pas celui en bois de l'autre côté du hall, le banc en pierre, froid* » nous expliquait Luka, précisant que s'ils s'asseyaient sur le banc en bois, on les rappelait à l'ordre : leur place n'était pas ici. Ils se sentent traités « *comme du bétail* » et considérés avec mépris par le personnel hospitalier qui les regarde comme s'ils leur « *prenaient quelque chose* » : « *Ils nous parlent mal. On est des parasites, on n'est pas les bienvenus, comme si on grattait quelque chose* » raconte-t-il.

Malgré le fait que cette organisation dure depuis des années, l'hôpital ne prévoit pas de local pour les accueillir et ne met pas en place de salle d'attente. Leur présence est comme invisibilisée par la structure (la permanence AME n'est d'ailleurs, comme on l'a déjà dit, indiquée nulle part). En même temps cette invisibilisation entraîne une survisibilisation de ce public qui se retrouve entassé dans un coin. Les permanences étant situées parfois au niveau de l'accueil, dans un couloir, l'attroupement juste devant est forcément repérable. Ils sont alors perçus comme désorganisant le fonctionnement de l'hôpital.

A travers ces différents allers-retours et réflexions, ils font l'expérience de la délégitimation et de la relégation : ils apprennent qu'ils sont différents des autres, puisqu'ils sont traités différemment, et inférieurs socialement aux autres puisqu'ils sont moins bien accueillis. Par exemple, l'accès aux toilettes leur est refusé : les femmes de ménage les ferment à clé la nuit leur expliquant qu'ils sont sales et vont les salir, raconte Luka. Elles ne les rouvrent que vers 14h quand la plus grosse partie du groupe de demandeurs n'est finalement plus là. Ils sont ainsi déshumanisés et se sentent traités comme des individus de seconde catégorie.

L'ensemble du processus les replace ainsi dans un parcours particulier qui leur apprend aussi à accepter d'être traité différemment et à faire avec. Comme le précisait Paul⁵² à propos du fait de se présenter dès 5h à l'hôpital pour pouvoir être reçu : « *Faut le faire, c'est comme ça* », sans plus de commentaire, d'étonnement ou d'indignation, rodé au système, au fait de devoir en faire plus pour obtenir moins, de lutter pour être traité comme quelqu'un qui a reçu un traitement de faveur.

Les endroits vers lesquels ils sont renvoyés, non communs, moins confortables, marquent leur situation d'infériorité sociale. Ils se sentent également considérés comme des sous-citoyens, des sous-individus qui n'ont pas de droits. L'aide qu'on leur donne est une faveur qu'on n'est pas obligé de leur accorder. Les différents obstacles sur le parcours d'obtention sont là pour le

52 Paul est un Béninois de 35 ans. Nous l'avons rencontré, comme la plupart des demandeurs de l'AME, à l'hôpital St Gratien, lorsque nous y accompagnions Samba. Il vit en France avec sa femme et ses enfants ainsi que son père adoptif qui est français et l'aide dans ses démarches de régularisation. Nous revenons plus longuement sur sa trajectoire personnelle et son parcours d'obtention de l'AME dans le chapitre trois.

leur rappeler. Cela est très criant dans les allers-retours qu'on les oblige à faire ainsi que l'épreuve de l'attente qu'on leur impose. Une personne qui est venue à 3h du matin peut ainsi patienter jusqu'à 16h pour être reçue si elle est dans les derniers. Les tickets ne sont distribués que le matin et aucun horaire n'est fixé aux demandeurs. Si les personnes qui passent devant lui sont rapides, il peut être reçu dans la matinée, si ce n'est pas le cas, ce sera l'après-midi. Il ne peut ainsi rien prévoir d'autre. Le fait de les faire revenir systématiquement pour rapporter un autre justificatif pas forcément crucial ou simplement un original joue aussi ici. Les demandeurs sont supposés être à la disposition des agents de l'Assurance maladie, dire qu'on ne peut pas revenir ou qu'on a autre chose à faire est ainsi mal vu. Leur temps n'est pas jugé précieux. Seul celui des travailleurs l'est. En tant que bénéficiaires de l'Aide sociale, ils se doivent d'être à la disposition de l'Etat, et cela sans rien dire. Pour obtenir l'AME, il faut en effet qu'ils fassent bonne figure, qu'ils obéissent et se tiennent bien. Comme le rappelle Luka à propos du fait de devoir arriver en pleine nuit et d'attendre des heures pour être sûr d'être reçu : « *C'est une discipline* ». C'est ainsi au plus discipliné, et donc au plus méritant, que sera attribuée la prestation. L'attente fait ainsi partie des procédés de la domination (Bourdieu, 2003) qu'exerce l'Etat face à ses assujettis, et particulièrement face à ceux qui sont placés en situation d'exclusion sociale, via leur situation juridique ici. Elle leur rappelle à la fois leur place dans la hiérarchie sociale, mais leur apprend aussi à être patient (Auyero, 2011).

2.3 L'AME : UN SYSTÈME DISCRIMINATOIRE

Nous avons vu que les demandeurs de l'AME rencontraient un certain nombre de difficultés à obtenir cette prestation et faire valoir leurs droits du fait de leur mise à l'écart dans un dispositif particulier. Nous pouvons alors nous demander à quels processus de discrimination renvoie le traitement des bénéficiaires de l'AME ?

Dans son travail de thèse, Estelle Carde (2006a) a établi une typologie des discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. S'inspirant des travaux de Danièle Lochak (1987), elle définit les discriminations comme « des traitements (et non simplement des intentions) différentiels (entendus le plus souvent au sens de défavorables) et illégitimes. Cette illégitimité s'évalue au regard du droit (traitements illégaux) et de la société (traitements considérés comme socialement inacceptables) » (2007 : 100). Partant de cette définition, nous proposerons dans ce point 2.3 de dévoiler la manière dont sont produites ces discriminations – d'abord par le système puis par les acteurs de la prise en charge – ainsi que la manière dont elles sont interprétées par les bénéficiaires de l'AME. Nous discuterons alors au fil du texte, à partir de nos propres analyses, la typologie proposée par E.Carde.

2.3.1 DU POINT DE VUE DES INTERACTIONS, L'IMBRICATION DES ATTRIBUTS DE DELEGITIMATION

Nous pouvons tout d'abord relever une première sorte de discrimination à l'encontre des bénéficiaires de l'AME : les discriminations directes par délégitimation. Selon E. Carde (2007), c'est parce que le professionnel perçoit en l'« Autre » des attributs illégitimes qu'il le traite différemment. En ce qui concerne le bénéficiaire de l'AME, E. Carde distingue trois éléments qui délégitiment cette personne : la faiblesse de ses ressources, son origine (il est étranger) et son statut administratif (en situation irrégulière). Les bénéficiaires de l'AME sont ainsi perçus par les agents de l'Assurance maladie et le personnel soignant comme des « assistés – étrangers - en situation irrégulière » (2007 :103) et traités différemment à ce titre. Elle ne précise, néanmoins, pas tout à fait ce qu'elle entend par le terme « assisté » et l'emploi, selon l'occasion, soit pour parler du fait qu'ils bénéficient d'une prestation gratuite, soit pour indiquer le fait qu'ils dépendent de l'Aide sociale.

Pour notre part, nous allons éviter d'utiliser le terme « assisté », qui nous semble peu clair, et lui privilégier deux termes que nous allons nous efforcer de distinguer : d'un côté le statut de « non contribuant » et de l'autre celui de « bénéficiaire de l'Aide sociale ». Au-delà de l'emploi polémique qui peut être fait du terme « assisté », c'est surtout le fait que nous trouvons les deux autres termes plus justes et plus fins qui nous pousse à les employer.

Le premier terme, « non contribuant » renvoie au fait de ne pas cotiser pour obtenir une couverture sociale et donc à l'idée de gratuité de cette couverture.

Le deuxième terme, « bénéficiaire de l'Aide sociale » renvoie au fait que la prestation dépend de l'institution de l'Aide sociale et non pas de la Sécurité sociale. Le fait de distinguer ces deux éléments, qui sont engloutis par l'usage générique du terme « assisté », nous permet d'approcher une compréhension plus fine des processus à l'œuvre dans la réception et la délégitimation de ce public.

Pour nous l'illégitimité des demandeurs de l'AME articule donc quatre éléments principaux : leur statut d'étranger, leur situation irrégulière, le fait qu'ils bénéficient du système de solidarité gratuitement sans y contribuer, et le fait qu'ils dépendent d'une institution particulière : l'aide sociale (même si leur prestation est gérée et dispensée par les CPAM).

2.3.1.1 DU CÔTÉ DES PROFESSIONNELS

Bien que nous n'ayons pas fait d'enquête à proprement parler auprès des professionnels de santé, l'évocation de notre thèse lors de nos rendez-vous médicaux ou de discussions du quotidien nous a toutefois permis de relever ce type de réactions et d'étonnements lorsque des soignants, personnels administratifs ou paramédicaux découvraient l'existence – qu'ils considéraient injuste – d'une couverture maladie gratuite pour les étrangers en situation irrégulière. Certains estiment qu'il n'est pas normal de prendre en charge gratuitement ces personnes alors qu'elles sont étrangères et de surcroît en situation irrégulière, ce qui signifie, pour eux, qu'elles ne respectent pas les lois françaises. La prise en charge par l'AME est alors assimilée à un traitement privilégié attribué à des personnes extérieures à la collectivité à la fois parce qu'elles ne s'impliquent pas dans la vie en France (évoluant dans des circuits parallèles, de manière supposée clandestine), ne participent pas à la solidarité collective puisqu'elles n'y cotisent pas, et ne font pas partie automatiquement de la collectivité parce qu'elles sont étrangères. Un dentiste nous a ainsi confié qu'il recevait tout le monde, « *même les bénéficiaires de la CMU-C* », mais que sa seule limite était ceux de l'AME. Ces personnes ne cotisant pas à la solidarité collective, n'étant pas françaises et restant illégalement sur le territoire, il considérait qu'il n'avait pas à les recevoir, d'autant plus que : « *Cela coûte cher à l'Etat alors que le budget de l'Assurance maladie est déjà défaillant !* ».

On voit bien ici comment s'entremêlent deux niveaux de délégitimation dans la prise en charge des bénéficiaires de l'AME : illégitimes en tant qu'étrangers en situation irrégulière et en tant que « non contribuants ». L'argument constant dans ces conversations était ainsi que les personnes n'étaient pas contre leur prise en charge à partir du moment où ces derniers payaient « comme tout le monde ». Permettre aux étrangers en situation irrégulière d'accéder aux soins n'est ainsi pas problématique. L'humanité des personnes, le respect des droits de l'homme sont alors soulignés. La prise en charge gratuite des personnes françaises peut être acceptée, voire tolérée, mais également refusée. Pour certains, il n'est pas normal que certains soient plus remboursés que d'autres. Mais l'articulation de ces deux éléments, la prise en charge gratuite des étrangers en situation irrégulière, elle, est régulièrement jugée comme illégitime. Il n'est alors pas considéré légitime que des personnes qui ne cotisent pas, de surcroît étrangères, et de surcroît en situation irrégulière (c'est-à-dire qui ne respectent pas les règles et la loi du pays) puissent bénéficier gratuitement d'une aide dispensée par l'Etat. Ne contribuant pas au système, les demandeurs de l'AME peuvent être perçus comme profitant de la solidarité collective, sentiment que leur statut d'étranger décuple puisqu'ils sont alors soupçonnés d'être en France uniquement pour cela.

C'est ainsi dans l'imbrication de ces deux, voire trois, statuts, plutôt qu'en fonction de l'un ou de l'autre, que la prise en charge des étrangers en situation irrégulière est jugée injuste, anormale et ainsi délégitimée par certains soignants, personnels administratifs ou paramédicaux.

2.3.1.2 DU CÔTÉ DES BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de l'AME rencontrés interprètent également les refus de service comme le résultat de ce processus de délégitimation. Ils ne perçoivent cependant pas toujours ce processus comme le produit de l'articulation de différents éléments et renvoient en général leur illégitimité plutôt à leur origine ou à leur statut administratif.

Issa, qu'un pharmacien a refusé de servir en lui expliquant qu'il ne prenait pas l'AME, pense que cette pharmacie était tenue par *« des gens qui n'aimaient pas les sans-papiers, les immigrés car ils pensent qu'ils viennent pour profiter. Cela existe ! Dans les manifestations, il y a des gens qui nous jettent de l'eau sur la tête depuis leurs balcons. Quand je vois ça, je me dis que si ces gens là travaillent à la pharmacie... forcément ils ne voudront pas me donner mes médicaments »*. Il imagine que les gens réagissent ainsi car ils entendent régulièrement ce type de discours à la télévision : *« A la télé, j'entends deux types de discours : ceux qui disent qu'il faut nous aider, qu'on peut rester en France, dans ce cas-là je suis content. Ou alors le discours type Marine Le Pen qui dit qu'il faut nous expulser, dans ce cas-là j'ai peur. A la télé, on entend qu'on est là pour profiter mais ce n'est pas vrai ! Les sans-papiers ne sont pas là pour profiter de la société française. J'aimerais que les gens sachent cela. J'aimerais pouvoir leur dire, leur faire savoir. Il y a beaucoup de Français qui critiquent les sans-papiers alors qu'on ne mendie pas et qu'on travaille⁵³ »*.

Certains demandeurs assimilent également leur traitement à des discriminations raciales. A leur illégitimité en tant que non contribuants, étrangers, et irréguliers, se rajoute celle de leur origine. Ils perçoivent des différences de réception et d'instruction en fonction des agents, de l'origine des demandeurs et de la situation dans laquelle ils se présentent (accompagnés ou non). Pour Louis, demandeur de l'AME rencontré à l'hôpital St Gratien, originaire du Cameroun, les agents sont plus méfiants face à certaines personnes qu'ils catégorisent en fonction de leur couleur ou de leur origine.

Louis s'est présenté la veille mais l'agent n'a pas voulu accepter comme preuve de résidence son attestation d'assurance de responsabilité civile car il n'y avait ni

53 Entretien, Issa, 16.03.13.

signature ni tampon de l'organisme dessus. Louis lui a demandé d'appeler l'assurance pour vérifier mais elle a contacté sa supérieure qui lui a dit de refuser le justificatif. Il commente en rigolant : « *Elle a vu la couleur de ma peau, et tout de suite ça a transpiré la fraude !* » (journal de terrain, 16.02.11).

D'autres pensent également que certains agents sont durs avec eux parce qu'ils sont étrangers, et sont persuadés qu'ils ont réussi à obtenir l'AME uniquement parce que nous les avons accompagnés. Selon eux, lorsque les agents nous voient, ils sont moins regardants. L'obtention et le parcours deviennent plus faciles parce que nous sommes française et blanche.

C'est enfin aussi en tant que malades, souffrant de maladies stigmatisées telles que le sida qu'ils se sentent traités et placés à l'écart. Les deux stigmates peuvent alors s'articuler. Luka préfère ainsi consulter à l'hôpital St Gratien, où il estime être mieux reçu, qu'à la PASS Soleil où il se sent mis à l'écart en tant que patient VIH.

Les bénéficiaires de l'AME se retrouvent ainsi multiples fois disqualifiés : en tant que bénéficiaires d'une prestation non contributive, en tant qu'étrangers, de surcroît en situation irrégulière, mais aussi parfois en tant que porteurs de maladies dites d'importation (le VIH est d'ailleurs pris en charge au sein des services de « médecine tropicale » dans certains hôpitaux). Du coup, ces statuts s'imbriquent, et il est difficile de dire si l'un joue plus qu'un autre dans une situation précise. Robert Castel écrivait à propos de la question ethnique : « Pour les populations "issues de l'immigration", ces deux séries de facteurs s'additionnent et conjuguent leurs effets. Le discrédit de la connotation ethnique attaché à leur état s'ajoute au discrédit de la disqualification sociale dont ils souffrent en même temps. (...) cette ethnicisation ne prend pas la place de la question sociale, elle s'y love et la surcharge. A l'instar de la question urbaine, il faut la penser comme une surdétermination de la question sociale » (Castel, 2009 : 52). Ce propos vaut également pour le statut d'irrégulier et le fait d'être étranger, tout comme l'origine ou la maladie, qui viennent ainsi surcharger la question sociale, le fait d'être non contribuant et de dépendre de l'Aide sociale, s'articuler à elle et la déterminer.

2.3.2 DE LA DIFFÉRENCIATION AUX DISCRIMINATIONS INDIRECTES

Parmi les discriminations directes, E. Carde distingue un deuxième processus : celles qui fonctionnent par différenciation. La personne est ici entendue comme agissant différemment du fait de ses attributs sociaux (son origine nationale, son origine sociale, sa pauvreté, etc.).

Nous ne sommes plus dans l'idée de légitimité mais dans celle de différence, de besoins différents des autres patients, mais aussi de comportements différents. Du fait de leur précarité, de leur culture ou de leur manque de ressources, les patients peuvent être perçus comme agissant différemment et nécessitant des traitements différents.

Pour E. Carde, la mise en place de guichets spéciaux en matière d'AME découle d'une discrimination par différenciation. Pour elle, leur renvoi vers ces guichets s'explique par le fait qu'ils dépendent d'un régime différent auquel l'ensemble des agents des CPAM n'est pas encore formé. Selon cette analyse, les aiguiller vers ces structures permet de leur assurer une meilleure prise en charge auprès d'agents, certes moins nombreux, mais plus compétents (Carde, 2006b).

Contrairement à E. Carde, nous ne retrouvons pas particulièrement de discriminations par différenciation en matière d'AME. Pour nous, le seul moment où on en repère est lorsque ces personnes sont orientées vers les assistantes sociales et médecins des PASS ou des associations, plutôt que vers le système général. Les patients sont alors catégorisés comme ayant de plus gros besoins d'attention du fait de leur précarité et de leur situation de migrants, voire d'étrangers en situation irrégulière. Ils sont perçus comme ne pouvant être pris en charge par le système de droit commun et nécessitant de ce fait un traitement à part. Les PASS sont alors présentées comme mieux adaptées à leur situation puisqu'elles centralisent tous les médecins, infirmières, psychologues et assistantes sociales dans un même espace, ce qui permet ainsi une prise en charge globale (c'est-à-dire médicale et sociale) de ces patients.

A part cela, nous considérons que le processus de différenciation ne s'applique pas aux demandeurs de l'AME, ou, tout du moins, nous ne le retrouvons pas dans nos observations. Pour nous, le renvoi vers ces guichets spéciaux s'explique plus par le fonctionnement de l'Aide sociale que par des processus de différenciation, et relève donc plutôt de discriminations indirectes, c'est-à-dire que la discrimination n'est pas produite ici par l'acteur mais par le système, par le fonctionnement de l'administration et par ses routines.

Là où E. Carde perçoit une différence de traitement, nous analysons ainsi plutôt un effet du fonctionnement du système de protection sociale. Ce n'est pas une partie d'une population qui est renvoyée vers un dispositif particulier en raison d'une différence (comme l'origine, la nationalité ou la culture supposée), d'un attribut perçu. C'est l'ensemble des bénéficiaires de l'AME qui est pris en charge autrement. Pour nous, c'est la spécificité de l'AME, le fait que ces patients dépendent d'un dispositif à part qui permet cela plutôt que le comportement des agents. C'est à cause du fonctionnement de la prestation, de la couverture en elle-même, plus que d'un stigmate imputé aux demandeurs. Ce n'est d'ailleurs pas un choix d'orientation que

les agents des CPAM ou les médecins effectuent : les demandeurs de l'AME ne peuvent être reçus autre part. Ils sont ainsi obligés de les aiguiller vers ces structures. C'est le fonctionnement du système de protection sociale qui permet cela, pas l'acteur qui agit, qui le met en place. Les usagers sont ainsi appréhendés en tant que « bénéficiaires de l'AME », plus qu'en fonction d'une origine perçue ou déclarée ou d'un autre stigmat. C'est bien le fonctionnement du système qui joue ici, et non pas un attribut qui est perçu. Ainsi, ce n'est pas parce qu'ils sont en situation irrégulière qu'ils sont traités différemment, mais parce qu'ils dépendent de l'Aide sociale. Même si l'on peut également avancer que c'est parce qu'ils sont en situation irrégulière qu'ils n'ont pas été intégrés dans le système général, et sont restés bloqués dans un système inférieur. Mais ce dernier point relève de toute façon plus du processus de délégitimation (ils ne sont pas légitimes à être pris en charge par le système général) que de celui de la différenciation.

Les différences de traitement ne sont ainsi pas seulement les conséquences des catégorisations opérées par les professionnels de santé ou de l'Assurance maladie. Elles sont également dues au fonctionnement du système de santé et notamment à celui de la protection sociale et à ses modes d'affiliation. Nombre de refus de soins s'expliquent ainsi par le fait que les bénéficiaires de l'AME dépendent d'une institution à part et d'une prestation particulière, ce qui peut entraîner des complications pour les professionnels de santé qui refusent alors de les prendre en charge. Ce n'est ainsi pas uniquement parce que les patients sont en situation irrégulière, qu'ils sont de telle ou telle origine ou nationalité, ou parce qu'ils ne contribuent pas à la solidarité collective que les médecins refusent de les soigner, mais parce qu'ils dépendent de l'AME, et que cette prestation engendre une charge de travail administrative plus importante et des délais de remboursements plus longs.

Certains refus peuvent ainsi s'expliquer par le fonctionnement propre des prestations d'accès aux soins, comme l'AME et la CMU-C. C'est parce que les médecins sont obligés d'accepter le tiers-payant (et sont ainsi payés plus tard) et qu'ils ne peuvent pas facturer leur consultation au prix qu'ils souhaitent (ce qui représente un manque à gagner), qu'ils refusent cette patientèle.

D'autres refus s'expliquent par le fonctionnement de l'Aide sociale. Ces patients n'ayant pas de carte vitale (puisque cette dernière n'est attribuée qu'aux assurés sociaux), les médecins ne peuvent pas utiliser la télétransmission et doivent remplir des feuilles de soins pour être remboursés, ce qui rallonge le processus de remboursement par rapport à ceux qui dépendent de la CMU-C, et les oblige à effectuer des tâches administratives assimilées à la paperasserie.

D'autres fois c'est le système de remboursement de l'AME qui compromet la prise en charge. Plusieurs kinésithérapeutes nous ont ainsi expliqué refuser de recevoir les patients qui dépendaient d'une AME délivrée par un autre département que celui dans lequel ils exerçaient. Alors qu'ils ne rencontrent aucune difficulté à être payés lorsque l'AME dépend de leur CPAM, cela est impossible quand le patient relève d'un autre département. Il semblerait que le système se bloque au niveau des logiciels et que la demande de rémunération n'aboutisse jamais. Cela explique en partie l'écart entre les refus de soins aux bénéficiaires de l'AME et à ceux de la CMU-C.

Les discriminations indirectes sont également très importantes en matière d'accès à la prestation. C'est parce que l'AME dépend de l'Aide sociale qu'elle peut être traitée dans des structures particulières (comme dans les permanences hospitalières). C'est parce qu'elle dépend d'autres textes que l'ensemble des agents de l'Assurance maladie n'y est pas formé et que les guichets dédiés à l'AME sont peu nombreux. C'est parce que l'Aide sociale a tendance à délivrer habituellement des aides plutôt que des droits que les professionnels se trompent dans le fonctionnement de l'AME, l'amalgamant à une faveur qui s'obtient en fonction d'un besoin et sur un territoire limité.

C'est ainsi parce qu'elles dépendent d'un fonctionnement à part que ces personnes sont traitées différemment. Le fait de les isoler dans une prestation particulière, non contributive et d'Aide sociale entraîne ainsi toute une chaîne de traitements différentiels qui n'ont pas lieu dans le système général. Le fait que ces dispositifs soient spécifiques à une très petite partie de la population fait qu'ils sont d'autant plus mal compris et connus du personnel médical, ce qui entraîne encore plus de mauvaises interprétations, des méconnaissances et par conséquent des refus ou des retards de soins.

La mise à l'écart au sein d'un dispositif particulier construit finalement une identité de bénéficiaire à part, dans laquelle s'articulent plusieurs attributs et processus qu'il est parfois assez difficile de distinguer. Bien que l'AME puisse être perçue comme une prestation d'aide sociale améliorée, on voit que la double particularité de cette couverture (à la fois en termes de dispositif et de population ciblée) pèse sur les parcours d'obtention et d'accès aux soins de ces patients. C'est ainsi l'ensemble de leur parcours à l'écart, qui ne touche que les étrangers en situation irrégulière, qui peut être qualifié de discriminatoire, et non pas seulement les refus qu'ils rencontrent. A chaque niveau, le demandeur de l'AME est traité différemment et rencontre des difficultés qui retardent, limitent voire empêchent son accès aux soins.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous sommes revenus sur les effets concrets de la mise à l'écart des étrangers en situation irrégulière au sein de l'AME. Nous avons vu que cette mise à l'écart, au sein d'une prestation particulière qui fonctionne différemment du reste du système général, engendre des obstacles à l'accès aux soins et à la prestation. Nous avons vu que le fonctionnement à part de cette prestation pèse beaucoup dans ces difficultés : ce qui compte ici n'est pas tant que l'AME s'adresse uniquement aux étrangers en situation irrégulière, même si cela est stigmatisant et peut entraîner des traitements discriminants, mais qu'elle dépende d'un fonctionnement différent, propre à l'Aide sociale. Elle a ses propres guichets, ses propres textes et ses propres procédures. Avec l'AME, on ne dépend pas du système de droit commun mais d'un système d'accès aux soins parallèle et par conséquent moins bien connu, ce qui rend l'accès à cette prestation plus difficile.

De plus, le fait de dépendre de l'Aide sociale est stigmatisant, et ce à deux titres : parce que la personne ne contribue pas au système et bénéficie ainsi de la solidarité collective sans y participer (tout du moins à l'instant T), et parce que cette institution souffre de l'image négative d'une administration qui prend en charge des personnes dans le besoin et accorde ainsi des aides plutôt que des droits. Le bénéficiaire de l'AME peut alors être perçu comme illégitime en raison de quatre éléments : sa non participation au système de solidarité (non contributivité), sa dépendance au système d'Aide sociale perçu comme un système de charité, son statut d'étranger et son statut d'irrégulier.

Le système de l'AME peut ainsi être défini comme quadruplement stigmatisant. Son bénéfice peut engendrer des discriminations : à la fois parce que les personnes sont repérables, elles peuvent donc être discriminées en tant qu'étrangers en situation irrégulière (directe) mais aussi parce que ce système dépend d'un fonctionnement à part, celui de l'Aide sociale (indirecte). L'imbrication de ces éléments coproduit un système discriminatoire, qui s'inscrit par ailleurs dans une mise à l'écart structurelle liée au fonctionnement même de l'attribution de l'AME. Par conséquent, c'est en étudiant l'imbrication des différentes illégitimités et légitimités et leur articulation avec les effets de système et l'organisation du travail que nous pourrions comprendre l'expérience sociale des usagers, mais aussi les raisonnements des agents et les processus qui se jouent dans l'attribution des couvertures.

CHAPITRE 3 : L'AME : UNE RESSOURCE SOCIALE ET IDENTITAIRE
--

Si le parcours d'obtention de l'AME est vécu comme une mise à l'écart par ses demandeurs, qu'en est-il de la prestation en elle-même ? L'AME est-elle aussi perçue uniquement comme une forme de relégation ? Malgré les difficultés et l'attente qu'ils endurent, les étrangers en situation irrégulière restent et persistent dans leurs démarches. Est-ce dû à leur besoin de soins ou estiment-ils que l'AME leur apporte quelque chose d'autre ? Jusqu'à présent, nous avons vu que les demandeurs enduraient des contraintes, mais comment réagissent-ils face à ces obstacles ? Quelles stratégies mettent-ils en place pour essayer d'obtenir l'AME ? Et que révèlent-elles de leur perception de cette prestation ? Au-delà d'un parcours de relégation, l'obtention de l'AME semble véhiculer un ensemble de ressources pour ses demandeurs. C'est là ce que nous examinerons dans ce chapitre.

Les recherches sur l'expérience de l'irrégularité ont montré que la situation de ces étrangers ne pouvait être appréhendée comme une exclusion totale de toute forme de citoyenneté (Chauvin et Garcès-Mascareñas, 2012). Au départ, la plupart des travaux liaient exclusion formelle et intégration informelle : ces personnes n'étant pas admises à résider dans le pays, elles ne pouvaient expérimenter que des formes d'intégration informelle, via des faux titres de séjour ou du travail non déclaré. Cette relation a été remise en cause par des études qui ont mis en avant le fait que ces personnes rencontraient également des formes d'intégration formelles malgré leur exclusion. Kamal Sadiq (2005), qui travaille sur les pays en voie de développement, a ainsi souligné que les migrants en situation irrégulière y bénéficiaient d'une citoyenneté politique, pouvant voter au même titre que les nationaux. Sébastien Chauvin (2009) a montré qu'aux Etats-Unis, les institutions locales qui délivrent les permis de conduire (qui font office de carte d'identité là-bas) acceptent parfois pour cela des papiers émis par le consulat mexicain alors que ces derniers ne prouvent en rien une régularité de résidence. Les banques y sont également peu regardantes sur l'authenticité des papiers et les étrangers en situation irrégulière sont invités à payer leurs impôts et s'inscrire sur la liste des réservistes de l'armée. Bien que leur situation reste illégale, ils fréquentent ainsi des institutions et jouissent de droits administratifs formels, certes parfois inférieurs, mais réels (Chauvin et Garcès-Mascareñas, 2012). Enfin, S. Chauvin et B. Garcès-Mascareñas (2012, 2014) ont montré que ces éléments d'intégration sont produits par la loi elle-même et pas seulement par les actions de street-level bureaucrates qui l'appliqueraient de manière plus favorable aux étrangers. La loi exclut et intègre ainsi en même temps.

Peu de recherches ont porté sur les formes d'intégration formelle que peuvent vivre les étrangers en situation irrégulière en France, et ce notamment dans les rapports avec les représentants de l'Etat en-dehors des contrôles de police, des institutions d'enfermement ou des agents préfectoraux. Ce manque s'explique tout d'abord par le fait que peu d'études ont été consacrées à ceux qui échappent à la rétention ou l'enfermement. Stefan Le Courant (2015) s'intéresse à la vie quotidienne des sans-papiers, mais, comme il a recruté son échantillon dans les locaux de rétention, ses enquêtés ont forcément vécu l'arrestation, voire la détention. Son travail met ainsi l'accent sur les effets de cette expérience dans leur vie quotidienne, montrant que l'enfermement et la menace de la rétention poussent ces personnes à adopter un comportement d'invisibilité et produisent ainsi de la clandestinité. De nombreuses recherches sur les étrangers en situation irrégulière ont d'ailleurs porté sur la rétention, l'enfermement, l'expulsion ou encore les demandes d'asile. Cela peut s'expliquer par les possibilités d'accès aux terrains et aux enquêtés : les chercheurs passent souvent par des associations, ces dernières font face à un certain type de public, ceux qui se rendent dans leurs locaux ou ceux qu'elles vont rencontrer dans les prisons (Sanchez Boe, 2009), les associations (D'Halluin-Mabilhot, 2012), les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Kobelinsky, 2010), les centres de rétention (Fischer, 2016), les zones d'attente (Makaremi, 2009) ou encore les commissariats (Le Courant, 2015). Ce mode d'entrée sur le terrain biaise forcément la représentativité des personnes et les expériences rencontrées. Ces études laissent donc de côté les étrangers qui se maintiennent en situation irrégulière sur le territoire français et arrivent à s'y établir.

L'autre part importante des recherches françaises sur la condition d'irrégulier porte plus sur leur expérience du travail et des rapports de travail et les évolutions du salariat (Morice, 1997 ; Marie, 1997 ; Moulrier Boutang, 1997 ; Jounin, 2009, Morice et Potot, 2010). Ces recherches ne se focalisent pas particulièrement sur la question de leur intégration formelle et informelle. Des travaux récents ont toutefois souligné le rôle du travail dans la régularisation et les relations que les étrangers en situation irrégulière pouvaient nouer avec les patrons et les syndicats, ces derniers jouant un rôle majeur dans l'élaboration de critères de régularisation (Barron et al., 2011, 2014). D'autres recherches (Brun, 2006 ; Daum, 2006), portant sur les formes de citoyenneté vécues par les étrangers, ont également démontré que les mobilisations effectuées pour obtenir leur régularisation leur faisaient expérimenter des formes d'intégration formelles. En revendiquant des droits, les étrangers en situation irrégulière sont visibles, et se retrouvent parfois même médiatisés à titre individuel dans le cas des représentants des mouvements. Ils participent alors ainsi à la vie politique du pays. Ce droit de manifester leur est reconnu par l'Etat qui rencontre ces personnes à divers niveaux : celui de la préfecture qui

doit autoriser le parcours des manifestations, celui des maires qui peuvent recevoir les délégations lors de marches de sans-papiers ou encore le niveau ministériel, voire présidentiel, qui peut les rencontrer également pour entendre leurs revendications quand de nouvelles circulaires concernant les mesures de régularisation sont publiées. Les étrangers en situation irrégulière deviennent alors des acteurs politiques comme les autres et sont reconnus et entendus à ce titre par les institutions nationales.

En reprenant les concepts d'intégration formelle et informelle et de citoyenneté sociale développés par ces travaux, nous allons interroger, dans ce chapitre, la dimension intégratrice de l'AME. Nous verrons que son parcours d'obtention n'est pas seulement constitué d'expériences de racisme, de relégations ou de discriminations. L'AME et son obtention ne sont pas vécues par les demandeurs uniquement comme des épreuves éprouvantes, mais également comme des moyens d'acquérir des ressources identitaires et sociales. L'AME ne peut ainsi être réduite à un marqueur d'exclusion. Elle peut également être une ressource pour ses bénéficiaires. Pour montrer cela, nous allons nous appuyer sur les profils des demandeurs rencontrés. On verra qu'en fonction de leurs trajectoires, des raisons de leur migration et des attentes qu'ils ont, ils n'agissent pas de la même façon et ne se positionnent pas de la même manière face à l'administration. Nous nous intéresserons dans un premier temps aux différentes conceptions que chacun a de l'AME, avant de voir quelles légitimités ils font valoir, selon leurs propres trajectoires migratoires, situations d'installation et possibilités de régularisation, pour l'obtenir. Nous reviendrons enfin sur les stratégies de présentation de soi qu'ils mettent en place au guichet pour obtenir la prestation. Étudier les deux facettes de l'AME (exclusion et intégration), du point de vue des étrangers en situation irrégulière, nous permettra enfin de discuter la notion de non-recours aux soins.

3.1 DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE L'AME

En fonction de leurs trajectoires, de leurs parcours migratoires et surtout de leur manière de vivre en France et de leurs attentes, les étrangers en situation irrégulière ne conçoivent pas l'AME de la même façon, et n'en ont pas la même utilité. L'AME recouvre ainsi différentes fonctions selon les demandeurs. Dans notre travail, nous en avons repéré trois : elle peut être vue comme un moyen d'acquérir le statut de patient ordinaire inséré dans le circuit de droit commun, comme une prestation qui confère une identité sociale ou comme un marche-pied vers la régularisation.

3.1.1 LE STATUT DE PATIENT ORDINAIRE

Bien qu'elle puisse dépendre d'un circuit particulier qui peut stigmatiser ses demandeurs, l'AME peut également être vue comme conférant un statut de « patient ordinaire » qui permet à ces personnes de sortir des prises en charge d'exception et d'intégrer le circuit de droit commun. La trajectoire de malade de Luka en offre un parfait exemple.

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, Luka est au départ pris en charge par une PASS. Cette dernière ne s'occupe toutefois que du traitement de son VIH. C'est en se rendant aux urgences de l'hôpital de St Gratien, pour des abcès au bras, qu'il est orienté vers l'AME. Une fois cette prestation obtenue, il décide de ne plus consulter à la PASS et de se rendre désormais uniquement à l'hôpital St Gratien. Luka explique ainsi ses motivations : *« St Gratien, c'est plus tranquille, plus zen, plus discret. Ce n'est pas les mêmes patients et il y a moins de monde. C'est bien organisé. Ici, les médecins prennent le temps et me traitent mieux. Ils me donnent les doubles des examens. Alors qu'à la PASS, les patients VIH sont mis à l'écart. A St Gratien, ça n'a rien à voir : ils ont de l'espace, une salle d'attente avec des magazines, les rendez-vous sont bien pris. Je m'y sens mieux traité. L'an dernier quand je suis arrivé à St Gratien, le médecin m'a accepté, malgré le fait qu'il était complet. Il prend le temps, il m'explique bien les crèmes que je prends alors qu'à la PASS, les médecins se fichent des patients. Ils ne font pas attention et ne font pas bien leur travail : on m'a donné de la cortisone alors que je n'y ai pas droit à cause de mes problèmes de peau. La PASS était fermée le week-end donc, pour refaire les pansements, j'étais obligé de payer une infirmière libérale. J'ai eu des pansements pendant six semaines et je devais les changer tous les jours. Une infirmière libérale c'est vingt euros la consultation et je n'avais pas l'AME à l'époque... »*.

L'obtention de l'AME lui permet ainsi de pouvoir choisir son médecin : un spécialiste de ces questions travaillant dans un hôpital reconnu. Autrement dit, l'AME lui reconnaît le statut de patient ordinaire ayant des droits, alors qu'auparavant il était pris en charge au titre de la misère, de la charité par un système particulier. De ce fait, il n'était pas en position de réclamer quelque chose. Désormais, il se sent considéré. Il a l'impression d'être un patient comme les autres et s'estime ainsi mieux traité. On ne pratique plus une médecine expéditive à son égard. On lui accorde du temps, ce qui prouve sa valeur sociale. On lui explique les procédures et les crèmes, ce qui lui permet de mieux comprendre son traitement et de pouvoir faire des choix. On lui donne ainsi les moyens de se prendre en charge, là où la PASS le renvoyait sans cesse à une position d'assisté qui devait simplement attendre et à qui on ne donnait aucune explication, amplifiant ainsi sa dépendance au système.

L'AME lui permet aussi de pouvoir se soigner plus aisément, de pouvoir accéder aux urgences et à la médecine libérale. Il peut ainsi bénéficier d'une prise en charge à toute heure, même le weekend, et n'est plus dépendant d'une seule structure, de ses horaires et du bon vouloir de son personnel. En élargissant son champ de prise en charge, l'AME permet ainsi à Luka de s'extraire de l'arbitraire qui peut régner à la PASS, et qui est amplifié par la dépendance des malades à cette structure et leur mise à l'écart. Mais, ce qui est pointé du doigt par Luka, ce n'est pas seulement le fait de dépendre d'un seul lieu et médecin, c'est aussi le fonctionnement particulier de cette structure qui relève de l'urgence, du cas par cas, et de la médecine humanitaire. Luka reproche ainsi à cette médecine de reposer sur la compassion plutôt que sur le droit. Bien sûr les PASS ne sont pas des organismes de charité, mais des organismes publics institués. Pourtant, les personnes qui les fréquentent sans aucune couverture sociale sont dépendantes de la bonne volonté des médecins de la structure ainsi que des budgets alloués pour obtenir des soins et des médicaments. Alors que l'AME leur permet de sortir de cette dépendance, en les faisant entrer dans un système de droits. Luka n'est ainsi plus pris en charge au titre d'une raison humanitaire qui lui enlève tout statut social et le renvoie à une position liminale de corps souffrant, mais au titre d'un droit aux soins conféré par son statut de patient. Autrement dit, l'AME le fait sortir d'une absence de condition sociale pour lui en faire acquérir une. Dans son travail, Hannah Arendt (1983) distingue, entre les deux termes utilisés pour parler de la vie chez Aristote, la *zôê*, la vie biologique (simple parcours de la naissance à la mort), du *bios*, la vie sociale et politique capable d'être racontée comme une biographie. Le bios est ce qui distingue l'Homme des autres espèces, ce qui lui permet d'exister comme être social et être politique. L'AME, en accordant des droits à ses bénéficiaires, les fait sortir de la vie nue (*zôê*) dans laquelle les isolait leur condition d'irrégulier, et leur reconnaît une vie sociale (*bios*). L'AME leur accorde des droits sociaux en tant que personnes résidant en France. Tandis que la PASS ne leur reconnaît pas de droits sociaux mais leur accorde une aide au titre de leur humanité et de leur survie immédiate. Elle leur reconnaît seulement le droit de ne pas mourir. On est ici dans le registre des droits de l'Homme plutôt que dans celui des droits sociaux, dont chaque personne, à qui est reconnue une condition sociale (en tant que citoyen résident ou en tant que travailleur), peut se réclamer. L'AME n'est ainsi pas à rapporter à une légitimité du corps souffrant (Fassin, 2001b ; 2010), mais plus à une vie sociale, à un statut social : c'est le statut qui permet d'être soigné, pas la maladie. La maladie, elle, quand elle est articulée à l'irrégularité sans AME, renvoie en effet à une vie liminale (*zôê*), à la simple existence physique sans considération sociale (comme dans le cas du FSUV). L'AME donne ainsi une légitimité, en tant qu'être social, à ses bénéficiaires. Avec l'AME, ils acquièrent une

citoyenneté sociale. Cela leur permet de sortir des dispositifs de précarité qui fonctionnent dans l'urgence et dépendent de l'arbitraire.

La fréquentation des PASS renvoie aussi Luka à une position d'étranger qu'il rejette. En effet, bien qu'elles soient spécialisées dans l'ouverture de droits pour tout le monde, les PASS accueillent bien souvent une population majoritairement, voire exclusivement, étrangère (Ticktin, 2005). Reprenons la description que Luka fait de la PASS en comparaison avec l'hôpital St Gratien : « *A la PASS, là on voit la misère du monde, ils ramassent de tout, il y a pas mal d'étrangers, des Chinois, des Africains, y a le quartier St Sulpice⁵⁴ pas loin. Ils attendent dans un coin à la vue de tout le monde, comme si on les exhibait. Vous devriez aller voir là-bas, c'est vraiment intéressant* ». Puis à propos du personnel de la PASS mais aussi du personnel administratif de l'hôpital St Gratien qu'il croise lorsqu'il fait ses demandes de renouvellement d'AME : « *Ce n'est pas parce qu'on travaille dans le social, qu'on est pour le social. Les gens peuvent vouloir faire ce travail pour avoir les commodités du statut de fonctionnaires. Et aussi pour ne pas avoir de supérieur. On est beaucoup plus libre quand on travaille avec la misère du monde. [...] On peut faire ce qu'on veut sur la misère du monde. Quand le matin on se fait dégager des bancs par la dame de l'accueil, une antillaise, c'est du racisme. Une fois j'ai été viré parce que j'attendais avec un Arabe, si j'avais été tout seul, elle ne m'aurait pas viré* ».

En se rendant à la PASS, Luka a le sentiment de pâtir des mauvais traitements réservés aux étrangers et de leur illégitimité. On retrouve cette idée lorsqu'il revient sur son parcours d'obtention de l'AME. Luka dépend de la CPAM des Lys, il fait donc ses démarches à l'hôpital. Or, comme on l'a montré, ces permanences n'accueillent que des demandeurs de l'AME, soit uniquement des étrangers en situation irrégulière. Selon ses propos, c'est uniquement lorsqu'il est en présence d'autres étrangers qu'il est mal traité par l'institution. Selon lui, lorsqu'il est seul, sa couleur l'immunise contre les mauvais traitements qui s'expliquent par la stigmatisation des malades en tant que pauvres, étrangers et par le racisme. Trois identités auxquelles il n'est pas forcément renvoyé, quand il ne fréquente pas ces systèmes spécialisés.

C'est donc uniquement lorsque l'illégitimité des autres le renvoie à une position d'étranger et se répercute sur sa propre trajectoire de soins qu'il est traité différemment. L'orientation vers la PASS le renvoie ainsi au statut d'étranger et de clandestin dans lequel il ne se reconnaît pas et dont il essaie par tous les moyens de se distinguer : « *Je me sens entre deux patates chaudes, je ne suis pas clandestin, ce n'est pas possible, je ne suis pas arrivé en France en*

⁵⁴ Le quartier St Sulpice est le plus pauvre de la ville. De nombreuses associations venant en aide aux étrangers y sont établies.

douce. Cela me dépasse : il y a des gens qui sont en France depuis cinq ans et qui ont la nationalité, alors que moi qui y suis né, je n'arrive pas à l'obtenir, je n'arrive même pas à être régularisé ». Il cherche ainsi à se distinguer, à la fois par sa situation juridique (apatride mais né en France) mais aussi par sa couleur de peau.

Quand on lui demande s'il pense que les étrangers en situation irrégulière devraient être intégrés à la CMU, il parle d'eux comme s'il était extérieur à ce groupe, et trouve normal que ces personnes soient traitées différemment. Il se place ainsi du côté des majoritaires : *« C'est délicat car ça laisse la porte ouverte aux abus. Si tout le monde était clean et honnête ça serait bon, mais là rien ne prouve que c'est le cas. Il y en a plein qui utiliseront cette « faille » pour autre chose. Les Français qui ne sont pas contents, ce n'est pas pour rien : d'un côté y a les clandestins et de l'autre les chômeurs, les gens sont ok pour la CMU mais faut pas abuser, si on la donne aux clandestins ça devient n'importe quoi. L'AME faut pas la sucrer comme ça mais avoir la CMU c'est autre chose car ça signifie aussi avoir droit au RSA, ça voudrait dire qu'ils viennent de l'étranger et hop auraient droit à tout comme ça ?! Surtout vu la situation économique, c'est n'importe quoi. Avoir l'AME c'est déjà pas mal, donc faut pas trop demander à se goinfrer. L'AME, déjà, ils peuvent dire merci les mecs. La CMU c'est après, faut être régularisé »*.

Avec l'AME, il se sent ainsi traité à égalité avec les autres, devenu un patient comme les autres plutôt que perçu comme un pauvre ou un étranger. L'AME lui permet ainsi de se distinguer des patients qui n'ont droit à rien. Elle lui reconnaît un minimum de droits, atteste de sa présence en France et de son intégration et lui évite d'être traité comme un sous-citoyen qu'on entasse dans les salles d'attente des PASS. Elle lui permet de s'extraire de cette condition d'inconsidéré dans laquelle le place son statut d'apatride.

3.1.1 UNE IDENTITÉ SOCIALE

A travers les démarches et les rencontres qu'il impose, le parcours d'obtention de l'AME est également vu comme permettant d'acquérir une identité sociale reconnue par l'Etat. Le parcours d'obtention de l'AME, bien que représentant une épreuve pour les demandeurs, peut ainsi être assimilé à une force par les demandeurs : parce que l'étranger en situation irrégulière y apprend les codes de l'administration, affronte cette dernière et se prouve ainsi qu'il peut obtenir des droits formels. L'administration française n'est alors plus perçue comme un sanctuaire inconnu. Bien que leur position face à elle soit difficile et qu'ils restent en situation de dominés, les étrangers en situation irrégulière apprennent qu'ils ne sont pas

des « sans droits » et qu'ils peuvent obtenir quelque chose de l'Etat. Ils apprennent ainsi que malgré leur situation irrégulière, ils sont en droit de revendiquer des droits, et que cette condition ne les exclut pas de toute forme de citoyenneté et de reconnaissance administrative.

L'AME est ainsi perçue comme accordant une reconnaissance sociale à ses bénéficiaires, voire une identité reconnue par l'Etat français. Les étrangers en situation irrégulière ont une identité niée, dans le sens où aucune de leurs pièces d'identité (étrangères) n'est considérée comme valable en France. La carte d'AME est ainsi l'un des premiers documents français qu'ils peuvent obtenir, et qui confirme leur identité en reprenant leur état civil. Elle leur permet d'être reconnus par l'Etat français, d'avoir une existence pour cet Etat. De plus, elle leur ouvre des droits, ce n'est pas seulement une déclaration comme celles faites à la préfecture ou aux impôts (même si ces papiers sont aussi gardés fièrement et qu'ils ont une importance et une utilité). Avec le numéro de Sécurité sociale qui leur est attribué, c'est l'Etat qui leur donne quelque chose : un identifiant. Alors qu'avec les impôts, ce sont eux qui donnent à l'Etat. Dans le premier cas, c'est finalement l'Etat qui est en dette envers eux et qui les reconnaît, alors que dans le second c'est l'inverse. Issa, qui a obtenu un numéro de Sécurité sociale de la part de la Caisse des retraites alors qu'il était en situation irrégulière dit à ce sujet : « *J'étais tellement content ! C'était la première fois que j'avais quelque chose de vrai, que l'Etat me reconnaissait. Avant j'avais déclaré mes impôts mais ce n'était pas pareil, c'est moi qui faisait la déclaration, le dossier* »⁵⁵.

Ce sentiment de reconnaissance est renforcé avec la mise en place d'une carte d'AME en 2011⁵⁶. Désormais, non seulement leur identité est reconnue mais ils disposent également d'un document qui ressemble fortement, par sa taille et ses couleurs, à un titre de séjour, et qui y est immédiatement comparé, comme en témoigne l'observation suivante :

Je suis en train de monter un dossier d'AME pour Gollé, un membre de la CSP, quand Mallé entre dans le café. Il vient d'aller chercher sa carte d'AME, et la montre à tout le monde en disant : « *Papiers !* », puis : « *Moi je ne suis pas sans-papiers, lui est sans-papiers !* » en désignant Gollé. (Journal de terrain, lieu de rendez-vous de la Coordination des sans-papiers, 16.11.12).

L'obtention d'une carte est essentielle, car elle leur permet d'attester de leur identité, mais aussi de prouver qu'ils ne sont pas « sans papiers » : ils en ont plein, notamment ceux qui leur

55 Les extraits de verbatim qui sont cités dans ce point sont tirés de deux entretiens menés auprès d'Issa le 03.11.12 et le 16.03.13.

56 Auparavant les bénéficiaires de l'AME recevaient uniquement une attestation de droits papier.

ont permis d'avoir cette carte⁵⁷. Grâce à l'AME, ils se rendent compte que, malgré leur situation, ils ont des papiers et des droits. Ce discours est également alimenté par les militants de la Coordination des sans-papiers (CSP) qui les incite à demander l'AME et les aides dans cette démarche : *« L'AME, c'est aussi leur montrer qu'ils ont des droits, qu'ils ont une identité. Souvent, je leur dis que pour l'AME il faut un justificatif d'identité et ils me répondent qu'ils n'en ont pas. Et avec l'AME, je leur montre que si. Qu'un passeport du pays, une carte d'identité du pays, un récépissé avec son nom, c'est un papier d'identité. Et alors ils disent " Eh bien oui alors j'en ai !", avec l'AME ils découvrent qu'ils ont des papiers d'identité, ça leur redonne une identité en quelque sorte »* explique Sophie, militante à la CSP spécialisée dans les dossiers d'AME.

Cela est d'autant plus important que cette prise de conscience les fait se sentir « plus forts » : ils appartiennent à un groupe, sont reconnus par l'Etat. Pour eux, ce sont des marques d'intégration. Cette force les rend plus « dignes », comme l'expliquent certains, dans le sens où ils s'affirment, n'ont plus peur de se montrer, ne se cachent plus. Issa ne comprend d'ailleurs pas les personnes qui empruntent les AME des autres : *« En même temps, on ne te demande rien [comme preuves], t'y as droit, pourquoi tu prendrais celle d'un autre ? Si tu n'arrives même pas à faire les démarches pour l'aide médicale, tu n'es pas débrouillard, on doit être un peu fort »*. Il n'a jamais emprunté d'AME non plus. Il avait trop peur d'avoir des ennuis. Il trouve qu'avoir la sienne lui donne de la force : *« L'Aide médicale, c'est important car tu ne sais jamais quand tu peux tomber malade. C'est important d'avoir l'aide médicale, car t'es dans un pays qui demande toujours des papiers. Si t'es malade et qu'à l'hôpital on ne te prend pas parce que tu n'as pas l'aide médicale, c'est pire. Et puis, c'est important parce que ça te donne un peu de force. Le fait de savoir que tu peux être soigné »*.

Toutes ces démarches leur permettent ainsi de retrouver de la « force » et de la « dignité » et de sortir de leur situation de « clandestins » et de « sous-citoyens ». Au final, plus l'AME s'apparente à un droit (droit des patients, droit social, droit du travail), plus elle s'éloigne d'un fonctionnement en termes de charité et de faveur, plus elle est vue comme un élément d'intégration formelle et de reconnaissance sociale. L'instauration d'un droit d'entrée à l'AME, en mars 2011, n'est ainsi pas forcément mal perçue par tous les étrangers en situation irrégulière. Certains, comme Amadou, un Malien de 45 ans, également membre de la CSP, y sont même favorables, estimant qu'elle permet de leur redonner une dignité. Grâce à cette participation, ils ne se sentent plus en position de demandeur d'aumône, ce qui les dépouillait

57 Le fait d'obtenir la carte de la CSP procure ainsi un effet comparable. Lorsque Samba s'inscrit et qu'on lui tend sa carte de membre, il la fixe un moment, intensément, puis s'exclame avec un sourire : *« C'est ma carte de séjour ! Mon papier ! »*.

de leur dignité. Au contraire, avec le paiement de cette somme qui peut être assimilée à une cotisation, ils s'assurent contre la maladie, comme n'importe quel assuré, et prouvent par ce même geste leur bonne volonté d'intégration dans la société française. Le fait de cotiser, même une somme modique, les fait ainsi passer du statut d'« assisté », perçu comme un profiteur qui vit sur le dos de la société qui l'accueille, à celui de « contribuant », qui participe à la solidarité collective et se rapproche ainsi du statut de « travailleur » ayant des droits sociaux.

3.1.2 UN MARCHEPIED VERS LA REGULARISATION

Au-delà de l'identité sociale qu'elle confère, L'AME peut également être perçue par les étrangers en situation irrégulière comme un moyen d'obtenir d'autres droits, sans rapport avec la santé, et notamment d'être régularisé. C'est d'ailleurs principalement à ce titre que certains, comme Malle, la demandent.

Malle est malien. Il a 30 ans et a grandi à Bamako avec sa mère et ses quatre sœurs. Il est le plus jeune de la fratrie. Son père s'est installé en France quand Malle était bébé. Il a obtenu une carte de séjour de dix ans. Alors que ses sœurs allaient à l'école, Malle restait à la maison. Il n'y faisait rien de particulier : « *Manger, dormir, glander...* » décrit-il. Il commence à travailler à 17 ans pour pouvoir s'acheter des chaussures et des habits pour aller en discothèque. Il fait alors des courses et des ménages pour des personnes des classes supérieures. Il part en France en janvier 2001, à 18 ans, pour rejoindre son père et soutenir financièrement la famille. Deux de ses sœurs l'ont précédé. Elles ont été régularisées : l'une a un emploi à la Régie autonome des transports parisiens (RATP) et a obtenu la nationalité française (elle s'est mariée avec un Français), l'autre a un diplôme français et travaille dans le secteur social.

A son arrivée en France, Malle vit avec son père au foyer. Il suit des cours de français pendant un trimestre. Il dépose une demande d'asile mais son dossier est rejeté : le Mali est un pays sûr. Il n'est pas surpris : n'étant absolument pas menacé, il savait très bien qu'il n'obtiendrait jamais le statut de réfugié, mais cette démarche lui permettait d'avoir pendant quelque temps des papiers et donc de pouvoir travailler. Il obtient ainsi trois récépissés de trois mois. Depuis, il n'a fait aucune demande de régularisation. Il pense qu'il faut être en France depuis dix ans pour être régularisé. Il attend donc d'avoir fait « *ses années* » pour redéposer un dossier. Voilà un an qu'il est en couple avec une Française mais il ne veut pas se marier pour être régularisé car il ne veut pas dépendre d'elle (« *Je ne veux pas qu'elle signe pour moi* »). Au moment de

l'enquête, cela fait douze ans qu'il est en France. Selon lui, cette durée de séjour aurait dû lui permettre d'être régularisé, mais son dossier a été rejeté car il n'a aucun justificatif de présence pour l'année 2009.

A son arrivée en France, il travaille comme cuisinier au foyer puis au Macdonald. Il fait ensuite des ménages dans les boîtes de nuit. Depuis dix ans, il travaille dans le bâtiment. Il est satisfait car les horaires y sont plus confortables. Il a connu des périodes de vache maigre : comme il était en intérim, il n'avait pas toujours de contrat. Puis, avec les lois Sarkozy⁵⁸ et le durcissement des vérifications des papiers d'identité par les patrons, il a perdu son emploi et n'en a pas trouvé pendant un an. Depuis septembre 2012, il travaille à nouveau pour Bouygues en intérim. Il est payé 1 200 euros par mois. Depuis que François Hollande est président cela se passe mieux pour eux, les patrons ne vérifient plus leurs papiers et ils retrouvent des emplois. Il doit toutefois souvent réclamer et menacer de cesser le travail pour être payé.

Mallé découvre la coordination des sans-papiers (CSP) en 2002. Alors qu'il fait le tour des agences d'intérim, il s'aperçoit qu'il y a un squat sur l'une des places principales de la ville, tenu par des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Il va les voir. Ces derniers lui expliquent ce qu'est la CSP et les conditions pour y adhérer. Il les rejoint immédiatement et quitte le foyer pour s'installer dans le squat. C'est à la CSP qu'il entend parler de l'AME pour la première fois. Les délégués lui expliquent qu'il est important de demander l'AME, pour pouvoir se faire soigner, mais aussi pour obtenir des papiers. Ils tiennent ce discours à chaque nouvel arrivant, et le rappellent systématiquement lors des manifestations hebdomadaires⁵⁹ : les étrangers en situation irrégulière doivent déclarer leurs impôts et demander l'AME dès leur arrivée en France car ces deux éléments constituent des preuves de présence qu'ils peuvent faire valoir ensuite dans leur dossier de régularisation. Une militante de la CSP, Sophie, vient au squat chaque semaine pour les aider à monter leur dossier d'AME. C'est ainsi qu'il dépose sa première demande et la renouvelle chaque année, même s'il n'est jamais malade. Il n'a jamais été hospitalisé, n'a jamais eu besoin d'aller chez le médecin et n'a jamais eu d'accident du travail. Il n'a ainsi jamais utilisé son AME, mais pour autant il continue à la renouveler : *« L'aide médicale c'est bien pour la santé, si on est malade et qu'on ne peut pas payer l'hôpital parce qu'on n'a pas d'argent... Mais surtout, l'aide médicale, il te la faut pour les preuves... [...] L'aide médicale c'est bien pour les immigrés*

58 Loi n°2003-1119 du 27 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité. Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

59 La CSP organise des manifestations chaque semaine pour réclamer la régularisation des étrangers en situation irrégulière. Ces manifestations sont encadrées par des policiers, et leurs parcours sont déclarés chaque semaine à la préfecture par les membres de la CSP, soit des étrangers en situation irrégulière.

car ça fait une preuve avec les impôts. En plus pour te donner des papiers, la Préfecture te demande si tu es en bonne santé. L'AME ça prouve que tu vas voir les médecins. Si tu n'as pas l'AME, la Préfecture ne te donne pas les papiers. J'ai un ami qui avait dix ans de présence, des bulletins de travail... et ils ont refusé de le régulariser car il n'avait pas ses papiers d'AME. Si tu n'as pas l'AME, pour eux, ça veut dire que tu n'étais pas en France ». Maintenant, Malle consulte le médecin pour avoir des preuves. Avant, il ne le faisait pas, il ne savait pas que c'était important. C'est en fréquentant la CSP qu'il l'a appris.

L'AME peut ainsi être considérée comme un élément d'intégration formelle. Prestation octroyée par l'Etat, elle accorde un droit formel à des étrangers en situation irrégulière. La vie et les pratiques de ces derniers ne se réduisent donc pas à de l'informalité. A travers l'utilisation que Malle fait de l'AME, on voit comment cette dernière permet aux étrangers en situation irrégulière d'obtenir également des preuves de résidence en France, qui peuvent ensuite leur servir à renouveler leur AME. Lorsqu'ils consultent un médecin ou retirent des médicaments en pharmacie via l'AME, ces mouvements sont enregistrés et datés par les logiciels informatiques de l'Assurance maladie. Les agents peuvent alors les consulter et les imprimer lorsque les demandeurs n'ont pas de preuve de résidence. Sachant que le manque de justificatif de résidence est l'une des principales raisons des refus d'AME, cette procédure est très avantageuse pour eux. Loin de n'être qu'une « simple » couverture maladie grâce à laquelle on peut être soigné gratuitement, l'AME est ainsi demandée par certains principalement pour les droits qu'elle permet d'obtenir (et notamment la réduction de transports).

Comme l'a montré S. Chauvin (2009), l'obtention d'un élément d'intégration formel entraîne souvent le bénéfice d'un autre droit, que cette première forme d'intégration ait été obtenue de manière légale ou non, avec des documents authentiques ou non. La jouissance de l'AME permet ensuite de se voir octroyer d'autres droits sociaux. Les usagers de l'AME peuvent ainsi bénéficier de la carte solidarité transport en Ile-de-France qui réduit de 75% le coût de l'abonnement mensuel à la carte de transport (carte Navigo). Ce n'est pas directement l'AME qui leur donne accès à ce droit mais plutôt le statut de personnes à faibles ressources que l'obtention de l'AME permet d'attester. La carte solidarité transport est ainsi également attribuée aux bénéficiaires de la CMU-C. Ce statut permet aussi aux usagers de l'AME et de la CMU-C de bénéficier de tarifs sociaux pour l'électricité et le gaz. Dans les deux cas, les étrangers en situation irrégulière doivent en faire la demande. Ces éléments ne leur sont pas attribués automatiquement.

Malle perçoit également cette prestation comme une étape incontournable vers la régularisation, notamment parce qu'elle constitue, avec les impôts, une preuve de sa présence

sur le territoire français. Comme l'a montré Susan Coutin (2005), la vie en tant qu'irrégulier, de par les preuves qu'elle permet d'accumuler, permet en effet, paradoxalement, d'être régularisé. Les étrangers en situation irrégulière cherchent par conséquent à accumuler le maximum de preuves possibles de leur présence sur le territoire. Cela peut être fait en payant des impôts et en gardant précieusement les attestations, mais aussi en obtenant l'AME. Cette dernière, en tant que document délivré par une administration, est considérée par le ministère de l'Intérieur comme une preuve « probante » de présence en France. La circulaire Valls du 28 novembre 2012⁶⁰ qui « a pour objet de rappeler et de préciser les critères permettant d'apprécier une demande d'admission au séjour des ressortissants étrangers en situation irrégulière en vue de leur délivrer un titre de séjour portant soit la mention "vie privée et familiale" soit "salarié" ou "travailleur temporaire" » distingue ainsi trois catégories de preuves justifiant l'ancienneté de la résidence habituelle en France : les preuves « certaines », celles « à valeur probante » et celles « à valeur probante limitée », les premières étant les plus appréciées (cf. Encadré 3 : Extrait de la circulaire Valls du 28 novembre 2012).

Encadré 3 : Extrait de la circulaire Valls du 28 novembre 2012

La justification de l'ancienneté de la résidence habituelle en France.

Les pièces produites par le demandeur doivent constituer un faisceau d'indices suffisamment fiable et probant de nature à emporter votre intime conviction quant à la réalité de l'ancienneté de la résidence habituelle en France de l'intéressé (cf. CE, 28 juillet 2004, n°261772, M. B.).

Compte tenu de la sensibilité de cette question, il convient d'exercer de manière aussi homogène que possible votre pouvoir d'appréciation du caractère probant des pièces qui seront fournies. Les intéressés devront être invités à apporter par tous moyens la preuve de leur ancienneté de présence.

Afin de construire le faisceau d'indices qui fondera l'appréciation de vos services, vous vous appuyerez sur la classification suivante, qui distingue les preuves de présence en fonction de leur degré de fiabilité, en veillant à en assurer la meilleure information préalable auprès des intéressés :

- Constituent des preuves certaines les documents émanant d'une administration

60 Circulaire relative aux conditions d'examen des demandes d'admission au séjour déposées par des ressortissants étrangers en situation irrégulière dans le cadre des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

publique (préfecture, service social et sanitaire, établissement scolaire, juridiction, attestation d'inscription à l'aide médicale d'État, document URSAFF ou ASSEDIC, avis d'imposition sauf s'il n'indique aucun revenu perçu en France, factures de consultations hospitalières... (cf. CAA de Marseille, 10 juillet 2012, n°10MA02757, M. D.),

- Présentent une valeur probante réelle les documents remis par une institution privée (bulletins de salaire, relevé bancaire présentant des mouvements, certificat médical de médecine de ville ...),
- Ont une valeur probante limitée les documents personnels (enveloppe avec adresse libellée au nom du demandeur du titre de séjour, attestation d'un proche ... cf. CAA de Marseille, 21 février 2012, n°11MA03031, M. M. et CAA de Paris, 20 mars 2012, n°11PA01796, préfet de police c/D.)¹.

Vous pourrez demander, le cas échéant, les originaux des pièces qui vous sont présentées.

Il vous est recommandé de considérer que deux preuves certaines par an attestent d'une présence en France. Toutefois, votre intime conviction sera fondée sur la cohérence du dossier qui vous est soumis. Ainsi, des preuves de valeur moindre mais en grand nombre et de nature différente peuvent-elles attester d'une présence réelle quand bien même l'intéressé ne pourrait présenter de preuve certaine sur l'année.

Pour mémoire, une absence de courte durée du territoire national peut ne pas faire obstacle à l'admission au séjour (cf. CE, 14 janvier 2002, n°224501, M. B., sur la continuité du séjour malgré la célébration d'un mariage hors de France et CE, 29 juillet 2002, n°241279, M. F., sur la tolérance d'une courte absence du territoire pour visiter un membre de famille malade).

Pour certains étrangers en situation irrégulière, comme Malle, l'AME devient la preuve essentielle, celle dont le sort du dossier de régularisation dépend. L'AME fait alors office de marchepied vers une intégration totale. Les demandeurs sont ainsi inquiets quand il leur manque des attestations d'AME pour certaines années de présence.

Ils considèrent aussi l'AME comme un justificatif incontournable parce qu'ils pensent qu'elle permet de prouver leur bonne intégration aux agents de la préfecture. Comme l'a montré S. Chauvin (2009), l'espoir et la discipline des étrangers en situation irrégulière sont entretenus par la possibilité d'être régularisé. Pour se faire, les demandeurs se comportent en « bons sans-papiers ». Par de nombreux moyens, ils essaient de ne pas être dans l'illégalité pour prévenir les arrestations et les expulsions. Ils évitent ainsi de frauder dans le métro ou de

commettre un crime ou un délit pour ne pas avoir affaire à la police et au juge et avoir ainsi un casier car les délinquants sont les premiers expulsés. Ils s'efforcent de rester avec le même employeur, payent leurs impôts et en gardent des preuves. Ils sont en contact avec des associations, des tiers qui peuvent certifier leur présence ou leur bonne conduite (Chauvin et Garces-Mascareñas, 2014). Ces différents éléments permettent de prouver leur bonne intégration, mais aussi leur mérite. En payant leurs impôts, en fréquentant les institutions sociales, en demandant l'AME et en se soignant, les irréguliers prouvent aussi leur mérite civique. Ils montrent qu'ils sont tout aussi citoyens que les autres personnes qui résident en France. Ils prouvent également qu'ils prennent soin de leur santé, comme les Français, en consultant et s'inscrivant dans ce système de soins. Ils pensent que ce « bon comportement », dont l'AME est une preuve, jouera favorablement dans leurs dossiers. Les étrangers en situation irrégulière pensent enfin que l'AME est une preuve appréciée par les préfetures car ce document est établi par une autre administration française et est ainsi perçu comme « *non falsifiable* », contrairement aux ordonnances qui peuvent être antidatées et faire l'objet de trafics.

En qualifiant de « méritants » les étrangers en situation irrégulière qui fréquentent les administrations et effectuent l'ensemble des démarches citoyennes qui leur sont accessibles, le système félicite finalement les étrangers visibles, qui s'impliquent dans la vie administrative, et laisse de côté ceux qui sont restés cachés, qui ont évité de fréquenter les institutions et qui ont ainsi vécu dans une plus grande informalité.

Dans cette logique, l'utilité première de l'AME n'est alors plus de permettre de se faire soigner gratuitement mais avant tout d'obtenir un titre de séjour, ce qui est présenté comme la priorité de tous au sein de la CSP. Son utilisation peut alors être détournée, dans le sens où les usagers ne consultent pas un médecin pour être soignés mais pour obtenir des justificatifs de résidence, comme l'explique Lassana⁶¹ : « *Quand tu as l'AME, il faut aller chez le médecin tous les trois mois. Comme ça, ça te fait des preuves. Pareil, il faut déposer de temps en temps vingt euros sur ton compte à la Poste. Comme ça, ils t'envoient un reçu ensuite et ça te fait une preuve. Puis, il faut retirer dix euros quelques mois plus tard, ça te fait une autre preuve. Et tout ça tu peux le mettre ensuite dans ton dossier de régularisation* ».

L'AME est, du coup, plutôt considérée comme un élément incontournable des dossiers de régularisation que comme une prestation de solidarité délivrée aux personnes à faibles ressources pour se faire soigner gratuitement. Mentir pour l'obtenir est dès lors considéré par certains comme légitime : « *Si je dis que je gagne plus, je n'aurai pas l'AME, donc je ne vais*

⁶¹ Lassana est un ami de Samba, il vit dans le même foyer que lui. Malien, soninké, il est également membre de la CSP.

pas dire ça car après comment je fais si j'ai un problème ? Si je suis malade ? Si je dois aller à l'hôpital ? Je ne peux pas payer ! Et puis, j'ai besoin de cette preuve. Si tu n'as pas l'aide médicale, la Préfecture refuse ton dossier » explique Malle à ce sujet.

La préfecture, par ses pratiques, oblige ainsi les étrangers en situation irrégulière, plus qu'elle ne les incite, à demander l'AME. Son absence étant fortement dommageable, il est alors important de l'obtenir par n'importe quel moyen. L'objectif, ici, n'est pas d'accéder aux soins, et il n'est ainsi pas du tout intéressant pour eux de passer par l'AME d'un autre mais plutôt d'avoir sa propre carte à la fois pour pouvoir obtenir des papiers mais aussi se sentir plus fort et plus reconnu par l'administration française. La préfecture réclamant aussi un nombre important de justificatifs de résidence, elle s'avère également pousser les étrangers en situation irrégulière à la consommation de soins, parfois inutile. La politique de régularisation s'avère ainsi onéreuse pour le système de santé, alors même qu'elle est présentée comme visant à limiter le coût de l'immigration, et ce notamment sur le système social français.

A travers ces trois exemples, on voit finalement à quel point l'AME, bien qu'elle soit un système d'exclusion, permet d'acquérir un statut social et de sortir de la vie nue à laquelle les étrangers en situation irrégulière peuvent être limités autrement. L'AME leur permet d'acquérir une condition sociale.

3.2 DIVERSES FIGURES DE LÉGITIMITÉ

Les étrangers rencontrés opposent toutefois dans leurs discours des « eux » et des « nous ». Selon eux, parmi les étrangers, tous ne méritent pas d'avoir l'AME, denrée rare et difficile à obtenir. Les étrangers en situation irrégulière font alors valoir diverses figures pour légitimer son obtention.

3.2.1 LA FIGURE DU MALADE⁶²

La première figure mise en avant est celle du malade. C'est le fait d'être malade et d'avoir besoin de soins qui légitime ici l'accès à l'AME. Luka est un parfait exemple du recours à la figure du malade pour légitimer et réclamer son accès à l'AME.

⁶² Les extraits de verbatim cités dans ce point proviennent de l'entretien mené auprès de Luka le 09.03.11.

Luka pense qu'il a obtenu l'AME grâce à son état de santé. Il est d'ailleurs persuadé que seules les personnes très malades sont remboursées à 100%. Il pense également que son statut de malade chronique, dont le traitement coûte cher, lui procure des avantages : selon lui, à chaque renouvellement, il reçoit son attestation d'AME plus vite que tout le monde pour cette raison⁶³. Par conséquent, il s'insurge contre les personnels hospitaliers qui les regardent d'un air méprisant lorsqu'ils font la queue pour déposer un dossier d'AME, alors qu'il estime que l'AME est le minimum que l'Etat peut faire à leur égard : *« Ils nous regardent comme si on leur prenait quelque chose. Mais moi, je ne gratte rien, j'en ai besoin. Si j'ai la tuberculose ou la gale, je contamine cinquante personnes. L'AME c'est le minimum qu'on peut donner aux gens. C'est une goutte d'eau par rapport aux dégâts que ça peut faire sur le médical, comme la tuberculose par exemple, ça coûte rien de la soigner alors que s'il y a une épidémie, ça va faire de gros dégâts. Ils vont la limiter mais ils ne peuvent pas la couper sinon ça créerait de gros problèmes sanitaires. Mais s'ils la limitent, ça peut faire des dégâts, les mecs vont tomber dans la délinquance. Moi je volerai les sacs des petites vieilles si j'ai besoin d'argent pour payer mon traitement. Il faut bien vivre. On n'est pas aux Etats-Unis, on est en France. La Sécu c'est la fondation du social, le social c'est la fondation de la France ! »*.

Comme on l'a vu, c'est une fois malade que Luka a entendu parler de l'AME. Ce sont les professionnels de santé qui l'ont orienté vers ce dispositif, même si cela a eu lieu tardivement. Luka lie ainsi son obtention de l'AME avec la prise en charge de sa maladie. Le fait que la délivrance de l'AME ait lieu à l'hôpital dans le département des Lys accroît aussi ce sentiment. Dans son discours, son besoin de soins légitime sa prise en charge. C'est ainsi son corps malade qui lui permet d'obtenir des droits. On peut faire une comparaison ici avec les notions de « corps souffrant » et de « biolégitimité » développés par Didier Fassin (2001a, b etc).

D. Fassin voit dans l'instauration d'un titre de séjour pour soins en 1998 le développement d'une nouvelle représentation du corps des étrangers qui va désormais légitimer leur reconnaissance par l'Etat et donc leur régularisation – celle du corps souffrant – et qui remplace les anciennes représentations du corps et les anciens modes de légitimation des étrangers – le corps persécuté et le corps productif. Il développe, à partir de cet exemple, son concept de biolégitimité en s'appuyant sur les travaux d'Hannah Arendt (1983) et de Giorgio

63 Cela se vérifie effectivement dans les faits sans que nous puissions l'expliquer d'un point de vue organisationnel : alors qu'il a déposé sa demande le 16 février, il a déjà reçu son attestation d'AME (datée du 25 février) lorsque nous effectuons l'entretien le 9 mars. Comme le renouvellement ne commence que le 30 mars, il n'y avait aucune urgence à la lui retourner si vite. Samba, lui, ne reçoit son attestation que deux mois après en avoir fait la demande, à la même date que Luka, alors même que ses anciens droits se terminent plus tôt.

Agamben (1997). D. Fassin montre qu'auparavant, la maladie venait mettre fin à la vie sociale de l'étranger en l'empêchant de travailler et donc de remplir ce pour quoi il était venu en France et y était toléré, soit sa fonction sociale. La maladie réduisait ainsi l'étranger à la vie nue, elle niait son identité sociale comme l'a montré Abdelmalek Sayad (1999b : 260) : « Parce que l'immigré n'a de sens, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage, et parce qu'il n'a d'existence, à la limite, que par son travail, la maladie, par elle-même, mais peut-être plus encore par la vacance qu'elle entraîne, ne peut manquer d'être éprouvée comme la négation de l'immigré ». Désormais, c'est l'effet inverse, c'est la maladie qui accorde un statut social à l'étranger en lui permettant d'acquérir un titre de séjour pour cette raison. La maladie devient une ressource identitaire qui permet la régularisation. Elle lie alors *bios* et *zôê*. C'est la vie biologique qui permet d'obtenir un statut social et donc une vie sociale. La légitimité de l'étranger à être régularisé et pris en charge s'inscrit ainsi dans une nouvelle forme de relation entre l'Etat et les étrangers : une relation de type compassionnel. C'est au nom de la morale et de la compassion qu'il est pris en charge. « C'est aujourd'hui de sa souffrance que l'étranger se réclame pour faire valoir son droit à un titre de séjour. Le corps est devenu une ressource non plus pour la force de travail qu'il mobilise, mais pour le sentiment de compassion qu'il suscite » (Fassin, 2001b : 29). Pour D. Fassin, c'est ainsi une nouvelle économie morale de l'immigration, où la maladie joue le rôle de critère supérieur de légitimité, qui se met en place.

Dans le discours de Luka, on retrouve cette idée : c'est la maladie qui lui permet d'acquérir un statut social et de voir son existence reconnue par le milieu médical. Le recours à la maladie pour revendiquer un statut social ne se fait cependant pas, ici, selon les arguments développés par D. Fassin. Lorsque ce dernier analyse la politique de régularisation pour raison médicale et l'instruction de ces dossiers (Fassin, 2001b), il y analyse la mise en place d'un protocole émotionnel. C'est au nom de l'émotion et de la morale que ces personnes sont prises en charge : parce que ne pas le faire reviendrait alors à les laisser mourir, ce qui n'est pas concevable. C'est bien la souffrance du corps ici qui légitime la régularisation et l'accès aux soins. Luka, lui, n'insiste pas sur sa souffrance. Il ne la développe, même, pas du tout. Il ne parle jamais d'un pronostic vital engagé ou de l'urgence de son traitement. Il ne se place pas du tout sur le plan des arguments moraux et de la compassion. Au contraire, il avance une conception rationnelle, économique, sanitaire et sociale des conséquences de sa non prise en charge. Il rappelle ainsi que ne pas le soigner reviendrait à risquer la propagation d'épidémies, ce qui coûterait beaucoup plus cher à la Sécurité sociale sur le long terme. Il reprend ainsi le discours sur la prophylaxie et le coût de la santé, mais souligne également le rôle que jouent l'AME et le système de Sécurité sociale dans le maintien de la cohésion sociale : si les

personnes n'ont plus rien pour vivre ou se soigner, ils se débrouilleront par eux-mêmes. Et ce manque de lien social engendrera de l'anomie. Sa maladie légitime sa prise en charge sanitaire et sociale, mais cela au nom de la raison sanitaire et économique plutôt que de la raison humanitaire. Nous sommes donc bien, ici, dans un processus de biolégitimité, c'est la maladie qui légitime la prise en charge, mais une biolégitimité économique et non morale. C'est au nom de la raison économique et sanitaire qu'il est important de le soigner, pas au nom de la compassion, de l'empathie ou des droits de l'Homme.

Nous pouvons faire un rapprochement entre la figure de légitimation utilisée pour revendiquer l'AME et les possibilités de régularisation qui s'offrent aux demandeurs. Luka a un dossier de régularisation et de naturalisation extrêmement complexe. Il n'a pour l'instant pas réussi à être naturalisé. Par manque de justificatifs, l'ancienneté de sa résidence en France et son intégration ne lui ont pour l'instant pas été reconnues. Ne travaillant pas et ayant une maladie chronique grave qui peut engager son pronostic vital si elle n'est pas soignée, son état de santé est actuellement sa meilleure chance de régularisation, ce que prouve l'octroi d'une lettre de son médecin attestant que, sans traitement, sa vie est en danger.

3.2.2 LA FIGURE DU DROIT UNIVERSEL

La deuxième figure mise en avant est celle du droit universel, et elle s'avère plus relever d'un mélange des logiques de la compassion et de l'universel que la figure du malade développée par Luka, qui s'appuyait, elle, sur une logique de droits inhérents au statut du malade. L'accès à l'AME est présenté ici comme un droit universel et inaliénable, comme un droit de l'homme dû à toutes les personnes qui vivent en France. L'accès aux soins ne doit dès lors pas distinguer les uns et les autres en fonction de leur nationalité, de leur statut administratif ou de leur richesse.

C'est ainsi au nom d'un droit universel que Mallé revendique son obtention de l'AME et proteste contre l'instauration du droit d'entrée de trente euros. Mallé raconte qu'il a découvert son existence en recevant le courrier de renouvellement de son AME. La CPAM lui indiquait que, pour pouvoir retirer sa carte d'AME, il devait apporter un timbre fiscal de trente euros, qu'il pouvait se procurer dans les bars-tabacs. Il s'est rendu directement à la CPAM pour demander des explications. On lui a répondu que c'était désormais obligatoire, et que s'il ne payait pas, il n'aurait pas l'AME. Les agents ont justifié cette mesure par la crise et le déficit de la Sécurité sociale. En nous racontant cela, il s'exclame : « *Mais ce n'est pas la faute des sans-papiers s'il y a la crise. Maintenant c'est les sans-papiers qui doivent donner de l'argent* »

aux Français ! ». Il y a été deux fois pour protester, faisant valoir qu'il n'avait pas les moyens de payer. Les deux fois, on lui a redit la même chose. Il s'est insurgé : « *Si tu ne peux pas payer tu fais comment ? Tu ne peux pas te soigner ? Tu ne peux pas avoir de preuve de présence ?* ».

Mallé revendique un accès aux soins universel pour tous. L'instauration d'un droit d'entrée est ainsi perçue comme une barrière qui empêche les personnes d'accéder aux soins, mais aussi d'être régularisées. Pour que le droit soit universel, il doit rester gratuit. C'est ainsi plutôt une affiliation au titre de la résidence (et non à celui du travail) que revendiquent ces personnes. Une résidence entendue au sens large : ce n'est pas le fait de vivre sur le territoire qui est valorisé ici, mais le fait d'être un être humain. A ce titre, ils estiment avoir droit à un minimum de droits dont celui de la santé. Ce profil de personnes s'oppose ainsi à l'instauration d'un droit d'entrée à l'AME, estimant que cela revient à poser une limite à l'accès universel aux soins.

Cette légitimité s'inscrit dans un registre plus compassionnel que la figure du malade. Mallé fait également valoir ses difficultés à se soigner en tant que pauvre et tente ainsi de jouer sur la fibre sensible et sociale des agents de guichet. Il met ainsi en avant à la fois son statut d'être humain qui ne peut se passer d'une couverture maladie et de « pauvre » qui n'a pas les moyens de s'en procurer une autrement. C'est au nom de son humanité, des droits de l'homme, du droit à la vie de chacun qu'il demande à être pris en charge.

Ici aussi le projet migratoire et les possibilités de régularisation jouent dans le choix du procédé de légitimation. C'est parce que Mallé ne peut être régularisé qu'au titre de la résidence qu'il fait valoir cette conception. Mallé, qui a toujours vécu en France en étant en situation irrégulière, a parfois rencontré des difficultés à obtenir un travail. Sa relation avec son patron est tendue et il est menacé d'un licenciement au moment de l'enquête. Il est le dernier de la fratrie et ne travaillait pas au Mali. Il n'est pas venu en France pour subvenir aux besoins de sa famille, qui s'en sort sans lui. Contrairement à Ousmane, il est dans une démarche militante, très impliqué dans la coordination des sans-papiers (CSP). Son rapport à l'AME et sa conception du droit à la santé s'inscrivent dans ce parcours militant, dans « la lutte ». Sa participation aux luttes des sans-papiers et à la revendication de droits au titre de leur présence en France plus qu'au travail joue également ici. Il rejoint ainsi les discours des associations de défense des droits des étrangers (comme le Comede ou Médecins du Monde) ou de la CSP qui prônent un accès aux soins universel et gratuit pour tous (et donc la suppression du droit d'entrée) ainsi que l'inclusion de l'AME dans la CMU.

3.2.3 LA FIGURE DU TRAVAILLEUR

La dernière figure utilisée pour légitimer l'obtention de l'AME, et la plus répandue, est celle du travailleur. Ici c'est le fait d'avoir cotisé qui légitime la prise en charge des personnes. Cette figure peut être illustrée à travers l'exemple d'Ousmane.

Ousmane est né en Guinée-Conakry d'un père guinéen d'origine malienne et d'une mère « 100% malienne ». Il a 43 ans et vit en France depuis 2005 avec sa femme, également en situation irrégulière, et son fils né en France. Il grandit à Conakry où il fait du commerce avec son père. En 1983, après la mort de ce dernier, il part travailler à Libreville, au Gabon, pensant qu'il fera plus d'affaires là-bas (la monnaie guinéenne est dévaluée par rapport au Franc CFA du Gabon). L'incendie du grand marché en 1985 complique les choses : il y a moins de place pour les commerçants. De plus, le discours d'Omar Bongo, président du Gabon, sur la crise économique et les étrangers qui « viennent en slip et repartent en costume » rend la situation difficile pour les étrangers. Il rentre en Guinée en 1986 et y continue son commerce. Son ascendance malienne lui vaut toutefois des ennuis avec des militaires et un séjour en prison, à la suite duquel il fuit au Mali. Il y reste caché pendant sept mois, puis décide de venir en France avec l'aide de passeurs, espérant y trouver plus facilement du travail qu'en Afrique.

A son arrivée le 21 mai 2005, il dépose une demande d'asile. Il obtient un récépissé de trois mois, sans autorisation de travail. Il touche 200 euros mensuels de la part des Assedic pendant un an et obtient la CMU de base et la complémentaire. Lorsque sa demande d'asile est refusée, il consulte un avocat pour faire appel, mais ce dernier est rejeté. Il prend alors un autre avocat qui lui conseille de déposer une demande de régularisation pour soins à cause de sa tension. Ce problème a été diagnostiqué à son arrivée en France par le Comede. En Afrique, il avait déjà des maux de tête, mais il ne savait pas que c'était dû à sa tension. Il doit prendre un traitement tous les mois et a des ordonnances qu'il doit renouveler tous les six mois. Lors de la procédure, il obtient deux récépissés de trois mois. Puis, la demande est rejetée. Après plusieurs appels et quatorze mois de procédure, Ousmane obtient un titre de séjour pour soins l'autorisant à travailler. Il est alors affilié à l'assurance maladie et à la CMU-C. En 2011, son titre de séjour n'est pas renouvelé. Il perd alors son assurance maladie et sa CMU-C. Il se renseigne par conséquent auprès de l'association du Bois Joli, où il est domicilié, pour savoir comment faire pour son traitement maintenant qu'il n'a plus de papiers. C'est là qu'il entend parler de l'AME pour la première fois. Il dépose alors une demande qu'il renouvelle et obtient depuis chaque année. Même si ses demandes d'AME n'ont jamais été refusées, Ousmane trouve le parcours d'obtention assez difficile. Il ne comprend pas pourquoi

il a autant de mal à obtenir l'AME, alors qu'il a travaillé et cotisé auparavant : *« C'est normal de ne pas donner l'AME à des gens qui n'ont pas cotisé avant, mais moi, j'ai toujours travaillé, j'ai toujours cotisé. J'ai ouvert des droits comme tous les autres et là, aujourd'hui, on me fait défiler. Que ceux qui n'ont pas cotisé galèrent, c'est normal. Mais pas les autres »*.

A travers cet exemple, on voit que certains demandeurs de l'AME mettent en avant leur statut de travailleur et surtout d'ancien cotisant pour obtenir l'AME. Ici, l'AME est associée à un droit social obtenu par le travail et dû à l'ensemble des salariés. Ousmane réclame d'ailleurs plus la prolongation de ses droits à l'assurance maladie (ceux pour lesquels il a cotisé) que le bénéfice de l'AME. Ne pouvant voir ses vœux exaucés, il se contente de l'AME, mais estime qu'il n'a pas à « défiler » comme cela pour l'obtenir. Pour lui, il n'a pas à prouver qu'il la mérite, ce que le parcours d'obtention l'oblige à faire par les relations de domination, d'arbitraire et de dépendance qu'il instaure. L'AME lui est due, du fait de son intégration dans la société en tant que travailleur, de sa participation à la solidarité en tant que cotisant et de son inscription dans l'économie. Son travail permet à l'économie et à la société française de fonctionner. En recourant à cette figure, les étrangers se distinguent ainsi de ceux qui « n'apportent pas » à la société – l'apport étant ici considéré uniquement en termes économiques –, de ceux qui viendraient pour « profiter » de l'Etat social français. Ils estiment ainsi que leur travail légitime leur accès à une couverture maladie, mais aussi leur régularisation. Tandis que le non travail des autres justifie le fait qu'ils doivent prouver qu'ils méritent d'être pris en charge par l'Etat social français. Ils perçoivent ainsi d'un côté l'accès aux soins comme un droit qui leur est dû, et de l'autre comme une faveur qui est faite aux personnes qui n'ont pas cotisé et qui se maintiennent ainsi à l'écart de la société, qui ne s'impliquent pas pour son bon fonctionnement. L'affiliation à la protection sociale par le travail est ainsi conçue comme légitime pour tous les travailleurs, quel que soit leur statut administratif, tandis que celle des non travailleurs est illégitime. Ousmane reprend ainsi la conception de l'administration – il a acquis un droit en y cotisant – et par là-même fait sienne cette opposition entre un droit pour les travailleurs et une faveur pour les autres.

Le fait de travailler est ici vu comme une preuve d'honnêteté et d'intégration qui devrait les dédouaner de tout soupçon de vol ou d'abus. Le fait qu'ils travaillent prouve selon eux qu'ils ne viennent pas en France pour profiter des aides. Cela devrait immédiatement les classer dans la catégorie des bons migrants : celle des régularisables et de ceux qui obtiennent des droits sociaux. A ce titre, plusieurs rappellent qu'ils seraient ravis de pouvoir payer des impôts si leurs salaires le leur permettaient, car cela signifierait qu'ils ont été régularisés.

Or, en étant exigeant et pointilleux avec lui, ou en refusant de satisfaire sa demande, les agents de l'administration et les professionnels de santé ne respectent pas le statut de

travailleur et surtout d'ancien cotisant d'Ousmane. A ses yeux, l'Etat oublie ainsi qu'il a en quelque sorte payé son droit à une couverture maladie. Il se sent humilié de devoir faire de nombreux allers-retours, d'être traité comme un « assisté », soit un non travailleur, alors qu'il a travaillé autant que les autres à qui on ne réclame rien et à qui on octroie une couverture maladie de manière bien plus aisée. Les propos d'Issa suite à son refus de prise en charge par un pharmacien illustrent également ce processus : « *J'imagine qu'il a refusé car il n'aime pas les sans-papiers. C'est pour ça que j'aimerais que les gens sachent comment on vit car j'ai cotisé beaucoup, beaucoup, plus que ce que je n'ai dépensé avec l'AME⁶⁴* ». Issa met en avant l'apport qu'il constitue pour la société française en comparaison avec le coût que représente son utilisation de l'AME. Sa participation à la solidarité nationale et son travail légitiment sa présence en France et l'aide à laquelle il peut recourir.

Ces « travailleurs » décrivent ainsi leur situation d'étrangers en situation irrégulière avant tout comme une privation d'autorisation de travailler et vivent les relations à l'administration comme une négation de leur identité de travailleur qu'ils cherchent alors à faire valoir sans cesse en ramenant leurs fiches de paye ou leurs déclarations d'impôts. Ces personnes ne mettent jamais en avant leurs difficultés financières ou leur pauvreté de peur que cela les rendent moins légitimes. Certains refusent ainsi de sous déclarer leurs ressources, même si cela les empêche d'obtenir l'AME, préférant mettre en avant leur statut de travailleur, de personne responsable qui gagne sa vie et peut s'en sortir toute seule.

Tous les étrangers en situation irrégulière ne sont toutefois pas en position de faire valoir cette figure du travailleur. Seuls ceux qui travaillent et déclarent leurs impôts peuvent le faire. Tous ceux-là ne choisissent pas pour autant de valoriser cet aspect de leur parcours plus qu'un autre. L'exemple d'Ousmane est d'ailleurs très intéressant sur ce point. Ousmane aurait pu être régularisé au titre de l'asile et l'a été pour raison médicale. Il pourrait ainsi faire valoir la figure de l'exilé ou du malade. Ce n'est toutefois ni en tant que réfugié ou en tant que malade qu'il se présente. C'est son statut de commerçant qu'il met en avant, comme un statut plus digne que les autres, puisqu'à ce titre il ne dépend d'aucune aide de l'Etat, mais au contraire lui rapporte de l'argent. Ce choix de statut à valoriser s'explique sans doute par le fait qu'Ousmane a déjà épuisé ses voies de recours au titre de l'asile ou de la maladie. Son titre de séjour pour raison de santé n'a pas été renouvelé, car son traitement est disponible dans son pays. Il sait ainsi qu'il lui sera impossible d'obtenir à nouveau des papiers à ce titre, tout comme à celui de réfugié pour lequel de moins en moins de demandes sont acceptées.

64 Entretien avec Issa, 16.03.13.

Nous n'avons d'ailleurs pas rencontré de cas de légitimation par l'exil sur notre terrain. Sans doute parce qu'il est désormais très dur aujourd'hui d'obtenir le statut de réfugié. Des titres de séjour ont été par contre octroyés à la fin des années 2000 au titre du travail à la suite des grèves de sans-papiers (Barron et al., 2011 et 2014). D'un point de vue stratégique, il est donc plus intéressant de faire valoir ce statut que les deux autres pour de nombreux étrangers en situation irrégulière. La légitimation par l'évocation de la figure du travailleur est ainsi le procédé que nous retrouvons le plus souvent sur notre terrain.

A travers ces divers modes de légitimation s'opposent finalement différentes conceptions du droit à la santé : celui acquis par le travail, celui obtenu par la nationalité ou la couleur de peau, celui lié à une cotisation, celui engendré par une maladie chronique, mais aussi celui qui se doit d'être universel et gratuit. Les étrangers en situation irrégulière ne sont pas un groupe homogène composé d'individus qui ont tous les mêmes trajectoires sociales et migratoires et pensent tous la même chose. En fonction de leur profil, ils n'appréhendent pas l'AME et les débats sur l'accès aux soins de la même manière. Ces différences s'expliquent ainsi en fonction des parcours de chacun : c'est seulement au titre du travail qu'Ousmane pourra être régularisé, Luka ne se sent pas étranger mais cherche à faire valoir son lieu de naissance ainsi que sa maladie (deux stratégies pour obtenir la nationalité ou une régularisation), Malla cherche à obtenir des papiers via son intégration dans la lutte et sa durée de résidence : c'est ainsi en tant que citoyen résidant qu'il revendique des droits universels à la santé.

3.3 STRATÉGIES DE PRÉSENTATION DE SOI AU GUICHET

Les étrangers en situation irrégulière n'adoptent pas non plus les mêmes stratégies au guichet de l'AME. Pour les analyser, nous nous sommes appuyés sur le travail de thèse d'Olga Gonzalez (2007a et b) sur l'accès aux droits des migrants Latino-Américains en France, ainsi que sur la notion de « politesse de l'immigré » développée par Abdelmalek Sayad (1999a).

Olga Gonzalez (2005) distingue trois types d'action caractérisant les comportements des étrangers en situation irrégulière par rapport aux droits sociaux : la revendication, la débrouille et le désintérêt. Nous avons retrouvé ces trois attitudes dans notre enquête, même si la question du désintérêt s'est peu présentée. Cela s'explique par notre mode de recrutement des enquêtés au sein des permanences de l'Assurance maladie, ce qui met forcément de côté ceux qui n'entament pas de démarche administrative. Nous allons donc nous focaliser sur les deux premiers types d'action. Nous verrons que les étrangers en situation irrégulière rencontrés peuvent se comporter de deux manières au guichet – la protestation et la politesse

–, qui débouchent sur deux types de stratégies pour faire valoir ses droits : la revendication et la débrouille.

3.3.1 LA POLITESSE ET LA DÉBROUILLE

Notre enquête montre que la conscience qu’ont les demandeurs de leur illégitimité – qu’ils acquièrent lors de leur parcours d’obtention de l’AME – joue sur leur comportement au guichet. Se sentant doublement disqualifiés, à la fois en tant qu’étrangers en situation irrégulière et en tant qu’usagers d’une prestation non contributive, certains demandeurs finissent par appréhender l’AME comme une faveur plutôt qu’un droit. Tout du moins, sentent-ils qu’elle est ainsi perçue par les professionnels administratifs et médicaux et agissent-ils en conséquence.

Ils peuvent par exemple adopter un comportement modèle et faire preuve de déférence vis-à-vis des agents. Ils se montrent particulièrement polis et ponctuels. Ils essaient de mettre en avant leur bonne volonté en suivant les conseils des agents, en apportant bien tous les documents possibles et en les classant dans l’ordre demandé. Ils montrent ainsi les efforts qu’ils font pour obtenir l’AME, ce qui, pensent-ils, va les rendre méritants aux yeux des agents, ou tout du moins améliorer la perception que ces derniers ont de leur dossier.

Certains soignent également les agents en leur apportant des cadeaux ou en s’intéressant à leur vie, espérant que cela leur donnera une image positive et que cela permettra d’instaurer un climat favorable lors de l’échange. Ainsi Luka avait repéré l’an dernier que l’agent de l’Assurance maladie qui s’occupait de l’AME à l’hôpital St Gratien était breton. Lorsqu’il vient faire le renouvellement, il lui apporte un livre sur la Bretagne.

On retrouve ici l’idée de politesse de l’immigré développée par A. Sayad (1999a). La société exige une certaine forme de politesse de la part des étrangers. Sous couvert de cette politesse, de cette soumission dit-il, l’Etat peut ainsi leur imposer de ne pas se mêler de politique, de rester en dehors. Sous prétexte de politesse, les étrangers sont invités à ne pas protester. Cela permet ainsi de les maintenir à distance du politique, de les éloigner de toute potentialité de revendications de droits, qui, elle, est de l’ordre du politique et revient donc à de l’impolitesse. Or l’immigré, à partir du moment où il ne se sent pas chez lui et se conduit donc comme un invité se doit d’être poli et respectueux de son hôte, de ses normes, de ses coutumes et de ses lois. Au nom de la politesse, il ne proteste donc pas quand quelqu’un refuse de le prendre en charge ou lui demande systématiquement de revenir. Il sait qu’il n’est pas en position de protester car, justement, il n’est pas chez lui, mais est en situation d’invité

(d'où le fait que certains fassent des cadeaux), ou même plutôt de squatteur dans le cas des étrangers en situation irrégulière. S'il veut mériter cette position d'invité, il doit donc faire bonne figure. Et la politesse est un moyen d'y arriver. Ces personnes se tiennent alors bien, cherchent à faire le moins de bruit possible dans le but d'obtenir leur régularisation.

Ce n'est pas tant que l'AME n'est pas perçue comme un droit. Comme on l'a vu auparavant, elle peut l'être, mais cette catégorie d'étrangers estime qu'elle ne peut pas la réclamer à ce titre au guichet. Cela serait impoli. Ces personnes mettent en place, par conséquent, des stratégies pour l'obtenir, sans pour autant passer par la revendication. Cela s'applique particulièrement aux refus de soins. Sans doute parce que les étrangers disposent de plus de possibilités dans ces cas-là : si un médecin refuse de les soigner, ils peuvent aller en voir d'autres, tandis que si la CPAM leur refuse l'AME, ils n'ont pas d'autres solutions que d'attendre et de redéposer un dossier plus tard, ou de tenter les voies de recours.

A travers cet excès de politesse et d'acceptation, les étrangers en situation irrégulière cherchent en fait à soigner l'image du groupe des « sans-papiers » en contrôlant leurs propres réactions. Or protester reviendrait à en donner une mauvaise image. De plus, ils ont peur d'avoir des ennuis, s'ils se font trop bruyants. C'est le cas d'Issa qui préfère quitter la pharmacie sans rien dire et tenter d'en trouver une autre plutôt que de protester. A travers son comportement, Issa essaie de montrer que les sans-papiers sont de bonnes personnes. Protester serait alors contreproductif. Le fait de se plier aux refus et de ne pas contester n'est par conséquent pas uniquement une forme de résignation. Ces actions sont aussi des stratégies mises en place par ces personnes pour faire bonne figure, et ainsi faire évoluer les choses en cherchant justement à inverser le processus de délégitimation. Le recours à la politesse fait ainsi finalement partie d'un ensemble de stratégies d'invisibilité.

Luka, tout comme Issa, ne proteste pas non plus quand des pharmaciens refusent de les servir. Il a repéré les médecins et pharmaciens qui l'acceptent, et s'en contente. Il s'insurge d'ailleurs plus contre l'Assurance maladie, qui ne lui fournit pas la liste des médecins et pharmaciens prenant en charge les bénéficiaires de l'AME, ce qui lui permettrait ainsi de ne pas perdre de temps et d'éviter les humiliations, que contre les refus en eux-mêmes.

Le réseau, les connaissances sont alors sollicités pour accéder aux soins. Dans le quartier très bourgeois de Luka, aucun médecin généraliste n'accepte de le recevoir gratuitement. Pour se faire soigner, il demande des ordonnances à un psychiatre de son immeuble. Quand ce n'est pas possible, il consulte un généraliste et le paie. Ou alors il s'arrange avec la pharmacie pour obtenir les traitements sans ordonnance, ou en en présentant une ancienne. Les dentistes du quartier refusent également de le recevoir, à l'exception d'un, qui habite dans l'immeuble, et

lui fait un « *prix royal* ». « *Pas de fric, pas de soins. Mais j'arrive toujours à m'arranger avec les médecins que je connais. Et puis dans le milieu gay on est beaucoup plus solidaire. A la pharmacie d'en face, on m'a délivré du viagra sans ordonnance. Le mec est sympa mais les nanas sont connes. Elles méprisent le patient. Je suis le seul client à avoir l'AME* » explique-t-il. Son emploi de gardien et ses contacts dans le milieu homosexuel lui permettent ainsi de connaître des médecins ou des personnes qui peuvent lui venir en aide. Ne militant pas dans des associations, il dispose ainsi, toutefois, d'un réseau de soutien qui peut l'aider en cas de besoin, sans avoir à passer par des revendications politiques collectives.

Pour contrer les difficultés d'obtention de l'AME, ce profil d'étrangers se tourne de manière individuelle vers des personnes ressources qui les aident à faire leurs démarches. Ces dernières font généralement partie de leur entourage personnel, ou ont été rencontrées au hasard de leur parcours administratif (d'autres demandeurs ou des personnes qui aident ces demandeurs). Ce type de demandeurs ne fréquente pas pour autant les associations et cherche ainsi des personnes ressources plutôt en dehors de la sphère institutionnelle (comme le notait O. Gonzalez (2005)) et associative. Ils ne font pas forcément confiance aux collectifs de sans-papiers ou autres associations, comme Samba qui se tient très en retrait de la Coordination de sans-papiers, où je l'emmène, pensant l'aider à obtenir plus facilement sa régularisation. Il n'aime pas l'idée de rester au café avec eux, voyant là une superbe occasion pour la police de les trouver, et refuse d'en dévoiler trop sur son parcours migratoire et sa vie au pays, même quand ces derniers tiquent sur des incohérences dans son dossier et insistent sur l'importance de la véracité pour la régularisation. Les étrangers versant dans la politesse et la débrouille ont ainsi plus tendance à se tourner vers leur communauté d'origine, pour ceux qui vivent au foyer par exemple, ou vers d'autres milieux de solidarité dans lesquels ils sont intégrés, comme le milieu gay, pour y trouver un soutien et des voies d'obtention de la prestation. Leur politesse et leur absence de réaction face aux refus n'est ainsi pas à interpréter comme un signe de résignation ou de désintérêt, mais plutôt comme de la débrouille.

3.3.2 LA PROTESTATION ET LA REVENDICATION

A l'inverse, d'autres étrangers conçoivent l'AME avant tout comme un droit, et non pas comme une faveur, et ce même devant les agents de l'Assurance maladie. Ils protestent ainsi quand ces derniers refusent de la leur attribuer. La trajectoire militante de Malle va nous permettre de mieux aborder ce profil.

Comme nous l'avons vu, Malle découvre la CSP en 2002 et la rejoint immédiatement. Très vite, il joue un rôle de plus en plus important dans la coordination. Tout d'abord, il fait des repérages d'immeubles abandonnés pour les squatter, puis devient délégué (il aide les autres membres à monter leur dossier de régularisation). A ce titre, il se rend à la Préfecture pour y déposer des dossiers et y signer les parcours des manifestations hebdomadaires. Il connaît ainsi très bien les policiers du secteur, discute avec eux lorsqu'il les croise dans la rue, et n'en a aucunement peur. Il a même des discussions amicales avec certains, leur demandant des nouvelles de leur famille. Il a participé à la marche Paris-Nice⁶⁵ et à la marche européenne⁶⁶. Il est très investi à la CSP, je le retrouve quasiment tous les jours au café (qui fait office de lieu de réunion), en fin de journée après le travail et même le weekend. La CSP est sa deuxième famille : un lieu de sociabilisation et d'intégration. Il y apprend les codes de l'administration et ceux des mouvements sociaux (comme les manières d'organiser des manifestations). En 2012, il rencontre, en tant que représentant de la CSP, François Hollande, alors en campagne présidentielle, pour discuter des procédures de régularisation. Bien qu'étant en situation irrégulière, Malle ne se cache absolument pas. Il est très bruyant et se fait toujours remarquer. Il ne craint pas de parler de sa condition administrative haut et fort dans les lieux publics. Dans les manifestations, auxquelles ils participent chaque semaine, il lance régulièrement les slogans dans le mégaphone, ou donne le rythme avec son tam-tam. Il est fier d'occuper ce rôle et rappelle que les gens l'apprécient car il tape fort sans jamais s'arrêter. Parfois, ils prennent le métro pour rentrer des manifestations. Quand les gens râlent en leur disant de rentrer chez eux, il leur répond que s'ils ne sont pas contents, ils n'ont qu'à sortir car aujourd'hui ils occupent le métro. Il ne manque pas non plus de leur dire qu'ils sont racistes, lorsqu'il le pense.

Le fait d'être intégré à la CSP lui donne de la force et une certaine confiance : il n'a pas peur de se faire arrêter, tant qu'il n'a pas commis d'infraction, puisqu'il sait qu'il sera soutenu par le groupe. Il connaît les règles, il sait qu'il est convenu que les policiers ne les contrôlent pas dans le secteur de la Place Verdun, car c'est leur lieu de rassemblement, de réunion, mais aussi de départ des manifestations. Une fois, il a été interpellé à la sortie d'une réunion de sans-papiers. Il a expliqué aux policiers qu'ils n'avaient pas le droit de le faire. Ils ont insisté, lui ont demandé ses papiers et l'ont emmené au poste. Il est resté vingt-quatre heures en garde à vue. Ce n'était pas une première. A chaque fois, il est relâché. Cette fois-là, on l'a laissé partir, parce que son dossier était en cours d'étude à la Préfecture depuis plus d'un an. Il n'a jamais été expulsé, mais a passé trois mois en centre de rétention, à la suite d'un contrôle

65 La marche des sans-papiers entre Paris et Nice a eu lieu en mai 2010.

66 Une marche européenne des sans-papiers et migrant-e-s a eu lieu entre juin et juillet 2012 de Bruxelles à Strasbourg en passant par sept pays.

d'identité, avant d'être libéré grâce à un bon avocat. Lorsqu'il a des démêlés avec la police, il discute. Il leur dit qu'au Mali aussi il y a des « Blancs » et qu'on ne les embête pas avec des histoires de papiers. Lui, il veut simplement être régularisé. Quand la Préfecture refuse son dossier, il revient tous les jours à la charge : *« C'est ça la négociation, ils vont bien finir par céder »*. Il leur explique que les immigrés ne sont pas responsables de la crise et qu'ils ne veulent pas le travail : *« Dans le ménage, le bâtiment, les poubelles, c'est que des immigrés, tu vois des Français là-dedans ? Non ! Les Français ne veulent pas faire ces métiers. On paie des impôts, on paie un logement, on paie la Sécurité sociale et on n'a pas de papiers. Faut les papiers maintenant et après on paie ! Si j'ai des papiers, je paie comme vous ! »*.

Mallé a ainsi une grande connaissance des conditions de régularisation et de la politique mais aussi des manières de négocier et de faire pression. Il a appris tout cela à la CSP et dans les diverses luttes qu'ils ont menées. Il applique ce registre de revendication et le même type d'arguments (*« Les sans-papiers ne sont pas responsables de la crise »*) dans ses démarches pour obtenir l'AME. Ainsi, il ne craint pas de venir protester plusieurs fois à la CPAM contre l'instauration d'un droit d'entrée qu'il dit ne pas pouvoir payer. N'obtenant pas gain de cause de cette manière, il décide, avec d'autres membres de la CSP, d'aller occuper les bureaux de l'Assurance maladie, lors d'une manifestation hebdomadaire. Ils y sont restés de 15h à 17h. Les agents leur ont demandé pourquoi ils étaient là, ne comprenant pas ce qu'ils pouvaient faire pour eux : *« Ce n'est pas la préfecture ici ! »*. Ils ont répondu qu'ils avaient le droit d'être là, et qu'ils manifestaient contre les 30 euros. Ils ont joué du tamtam, ont chanté et dansé. La responsable de l'AME est arrivée. Ils lui ont demandé de signer un papier disant qu'elle s'opposait aux trente euros. Elle leur a dit qu'il fallait d'abord qu'ils sortent. Ils ont refusé de le faire tant qu'elle n'aurait pas signé le papier. Elle a fini par céder. Une fois dehors, les délégués (dont lui) qui avaient signé le trajet de la manifestation, qui n'avait pas été respecté, ont été arrêtés. La police les a fait monter dans un camion et les a emmenés au commissariat. La garde à vue a duré vingt-quatre heures. C'est le directeur de la Préfecture qui a demandé qu'ils soient relâchés, car leurs dossiers étaient en cours d'instruction.

A travers cette anecdote, on voit comment Mallé et les autres membres de la CSP n'ont pas peur de protester contre les conditions qui leur sont faites et de revendiquer des droits. C'est bien sur le registre juridique qu'ils placent leur action, en réclamant des droits, en demandant à voir les directeurs et en renversant les rôles en leur imposant leurs propres exigences, en les obligeant à signer des engagements écrits. Cette action est également collective : ce sont des acquis pour l'ensemble des étrangers en situation irrégulière qu'ils négocient, et non pas des solutions individuelles au cas par cas.

Les personnes qui protestent appartiennent généralement à des coordinations ou des collectifs de sans-papiers, dans lesquels elles militent et jouent un rôle important. L'assurance et les connaissances, notamment juridiques, qu'elles ont acquises dans ces mouvements de lutte leur permettent d'adopter une posture de revendication face aux agents des CPAM ou aux professionnels de la santé. En tant que délégué, Malle sait qu'il sera protégé par la CSP.

Le fait d'être entouré par des associations qui connaissent bien la loi et les conditions d'obtention les aide ainsi à franchir les barrières administratives. Ceux qui sont pris en charge par la CSP ne décrivent d'ailleurs pas l'AME comme quelque chose de difficile à obtenir. Sophie leur prépare les dossiers, les entraîne même à répondre aux questions les plus dures qui pourraient leur être posées sur place (comme celles concernant leurs dépenses, pour les comparer à leurs ressources), pour qu'une fois là-bas, ils ne perdent pas leurs moyens. Dans les cas compliqués, elle leur imprime les textes de loi qui vont dans leur sens, pour appuyer leur dossier. En dernier recours, si vraiment la situation est inextricable, elle les accompagne. Elle pense que cela met les demandeurs en confiance : ils se sentent en position de force au guichet et paniquent moins lors des entretiens. Cela permet aussi d'éviter de présenter des documents compromettants aux yeux de Sophie (par exemple des preuves de travail au noir) ou des éléments qui peuvent compliquer les dossiers.

Les stratégies pour obtenir l'AME sont ainsi finalement à mettre en parallèle avec celles pour obtenir des papiers ou tout du moins des droits : alors qu'Issa essaie plutôt de ne pas trop faire de vagues et de donner une image « positive » du « sans-papiers », Malle, lui, place le combat sur le plan politique. Face aux discriminations et traitements différentiels, Malle discute, s'oppose et parle fort. Ces choix dépendent bien entendu de leurs cercles de socialisation : seuls ceux qui militent peuvent se positionner dans la revendication, puisqu'on leur en a donné les armes et qu'ils se sentent soutenus par un groupe en cas de problème. Ils connaissent également mieux le fonctionnement de l'administration et les risques qu'ils prennent : Malle n'a pas peur de la rétention, il s'en est déjà sorti. Il sait que s'il se fait arrêter, la CSP viendra protester puisqu'il en est membre.

CONCLUSION

Le parcours des demandeurs de l'AME illustre bien les trois types de non-recours aux soins distingués par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)⁶⁷ : la non-connaissance (la couverture n'est pas connue), la non-demande (la prestation est connue mais

67 Voir sur ce point les travaux de Philippe Warin (2010), Hélène Revil (2015 ; 2012) et de l'Odenore (2012).

non demandée) et la non-réception (elle est connue, demandée mais non obtenue). L'ensemble des demandeurs pointent les difficultés rencontrées pour déposer leur dossier. Parmi eux, certains parlent effectivement de laisser tomber, mais pour autant, peu le font réellement. Et lorsque cela arrive, c'est parce que l'apport de l'AME n'est pas considéré comme prioritaire. Ceux qui voient l'AME comme une simple couverture maladie ne poursuivent pas leurs démarches s'ils sont peu malades. Ils préfèrent ne pas avoir l'AME plutôt que perdre une journée de travail. A l'inverse, ceux qui ont une maladie chronique et ont besoin d'un traitement quotidien persistent.

Nous pourrions ainsi penser que les obstacles à l'obtention de l'AME, repérés au chapitre deux, finissent par effectuer un tri entre les personnes souffrant de maladies chroniques et les autres, les premières étant les seules à persévérer. L'AME se rapprocherait ainsi d'une prestation typique d'aide sociale dans le sens où, finalement, elle ne bénéficierait quasiment qu'à des personnes qui sont malades et ont ainsi besoin d'être secourues. On ne retrouve cependant pas cela sur le terrain : certains demandeurs estiment que le fait d'avoir une couverture maladie préventive est important. Ce discours se retrouve particulièrement chez ceux qui ont des enfants et font attention à bien renouveler leur couverture pour eux. Mais surtout, l'AME peut devenir une priorité, même sur le travail, quand son obtention est perçue comme permettant d'obtenir d'autres droits, comme des réductions pour les transports publics ou la régularisation. Lorsque l'AME est désignée comme une bonne preuve de présence en France qui peut servir, voire est obligatoire, pour les demandes de titre de séjour, les étrangers persistent alors, quelle que soit la durée d'attente. Ils laisseront peut-être passer quelques jours, ne l'obtiendront pas facilement, mais ils continueront à venir tant qu'ils n'auront pas reçu un accord ou un refus. L'AME est ainsi vécue par certains étrangers en situation irrégulière, comme un premier pas vers la reconnaissance sociale et étatique, et vers la régularisation.

Ce n'est donc pas qu'une question d'accès aux soins qui se joue là des deux côtés de la scène : que ce soit du côté politique, où il y a bien une gestion en termes de politique migratoire, via une gestion à l'écart des étrangers en situation irrégulière, ou du côté des demandeurs, où là aussi se joue un enjeu propre à la politique migratoire : la question de leur régularisation.

La question de l'obtention de l'AME et des stratégies pour y aboutir ne peut alors être traitée uniquement en termes d'inégalités d'accès aux soins et de discriminations. Le parcours pour l'obtenir, les différentes étapes à franchir – de la connaissance de la prestation à celle de ses conditions et des pratiques individuelles des agents, en passant par le repérage des permanences – forment également un parcours intégrateur qui peut être source d'estime de soi

et de dignité pour les étrangers, même s'ils peuvent dans le même temps faire face à des situations de mépris et se sentir déconsidérés et infériorisés par les acteurs institutionnels rencontrés.

L'AME, qui pourrait ainsi être perçue de prime abord comme une forme d'exclusion des étrangers en situation irrégulière, permet en définitive leur intégration, en s'avérant jouer paradoxalement un rôle positif dans leur régularisation.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Dans cette première partie, nous avons interrogé les différentes légitimités et illégitimités à partir desquelles les étrangers en situation irrégulière sont inclus ou exclus du système de protection sociale, ainsi que les conceptions et les frontières de la solidarité. En revenant sur la mise en place de l'AME et ses évolutions, ses effets concrets sur l'accès aux droits et aux soins des demandeurs, et la manière dont ces derniers réinvestissent ce dispositif, nous avons cherché à modéliser la manière dont la prise en charge des étrangers en situation irrégulière est pensée en France.

Nous avons vu qu'à partir des années 1990, la situation du séjour des étrangers devient un critère de distinction entre les bons étrangers, qui ont droit à la protection sociale et bénéficient des mêmes dispositifs, et ce, selon les mêmes conditions, que les Français, et les « autres » étrangers, ceux en situation irrégulière, qui sont renvoyés à une altérité profonde. Cette altérité, finalement assez peu définie, justifie qu'ils soient traités différemment et orientés vers d'autres dispositifs : l'aide médicale d'Etat et le fonds des soins urgents et vitaux. Des dispositifs mis en place uniquement pour eux et qui participent, du coup, également à la construction de leur altérité, venant la confirmer, l'affirmer et la redoubler. Cet « autre » est ainsi différent à la fois en tant qu'étranger en situation irrégulière, mais aussi en tant que bénéficiaire de l'AME, seul système d'aide sociale à se maintenir en termes de couverture maladie, et qui dépend donc de règles et de fonctionnements différents.

Ce sont ainsi deux rapports sociaux de domination qui s'articulent ici et renvoient ces personnes à un statut social inférieur. Un rapport social de classe tout d'abord : les étrangers en situation irrégulière sont renvoyés à une position de « pauvre », bénéficiaire de l'aide sociale et ne pouvant contribuer au système du fait de sa place dans le système de production et de la non reconnaissance de son statut de travailleur. Et un rapport social de race : c'est en tant qu'étranger, de surcroît en situation irrégulière, qu'ils sont traités différemment. Ce traitement différentiel est considéré comme légitime du fait de la profonde altérité dans laquelle les place leur statut d'irrégulier. Une altérité qui les distingue de manière catégorique du groupe majoritaire des Français.

Ces deux rapports de domination s'imbriquent, s'articulent mais ne jouent pas toujours de la même manière, comme nous allons le voir dans la seconde partie. L'AME ne peut en effet être réduite à un processus d'exclusion des étrangers en situation irrégulière. Par son existence, elle prouve que des systèmes de protection maladie se maintiennent pour eux. Ils

sont certes exclus des principaux moyens d'affiliation de l'Assurance maladie, mais pas de tous (ils se maintiennent au titre de l'affiliation par la famille en tant qu'ayant droit).

Plus qu'une exclusion des étrangers en situation irrégulière, il nous semble ainsi plus juste de parler de stratification multiple du système. Différents types de droits ont été mis en place. Ils ne s'adressent pas tous aux mêmes personnes : un système de droit social (par le travail), un droit universel (par la résidence) et un droit qui s'apparente plus à de la charité dans l'esprit mais pas dans la forme, qui oscille entre compassion et droit (l'AME). Si on s'arrête à l'étude de l'AME, on peut y voir une hiérarchisation de l'accès aux soins avec en premier ceux qui ont souscrit à une mutuelle, en deuxième ceux qui dépendent de la CMU-C et en dernier ceux qui bénéficient de l'AME. Cette dernière fournissant une moins bonne protection et étant plus stigmatisée, on pourrait alors penser que les étrangers en situation irrégulière sont ceux qui sont les moins bien pris en charge et qui se retrouvent le plus facilement en situation d'exclusion des soins, puisqu'eux ne peuvent bénéficier d'aucune couverture de base s'ils dépassent le plafond de l'AME. Ce raisonnement serait juste si le fonds des soins urgents et vitaux n'existait pas, et si les étrangers en situation irrégulière ne pouvaient pas être rattachés en tant qu'ayant droit par leur famille quand ceux-ci sont assurés. Les étrangers en situation irrégulière sont ainsi parfois pris en charge alors même que des étrangers en situation régulière ne le sont pas : le délai de résidence ne s'applique pas à eux en cas de soins urgents et vitaux. La protection humanitaire leur permet ainsi d'accéder parfois à plus de soins. Néanmoins ces soins restent ponctuels et précaires. Les étrangers en situation irrégulière sont ainsi bien en bas de l'échelle de la hiérarchie des droits, mais pas de celle des prises en charge.

L'AME ne peut ainsi pas être résumée à une exclusion, à une mise à la marge des étrangers en situation irrégulière. Elle est plus à appréhender comme un traitement différentiel qui repose sur une altérité. Cette altérisation est rendue possible par un système de protection qui s'est construit au départ autour du national et surtout qui dépend d'un Etat-nation où la nationalité trace des frontières. Cette altérisation peut reposer sur l'emploi ou la création d'ethnicité dans une opposition entre « nous », les Français, et « eux », les étrangers en situation irrégulière. Comme toute ethnicité cette dernière n'est pas figée. Comme tout processus de catégorisation, ses frontières sont perméables et mouvantes. Le groupe des « étrangers en situation irrégulière » peut ainsi évoluer et intégrer d'autres membres, puisque la définition de la régularité du séjour n'est finalement que la conséquence de décisions législatives et administratives.

Cette première partie a ainsi permis de montrer que le statut d'irrégulier, dans sa combinaison avec d'autres facteurs, peut être un déterminant de l'accès aux soins (primaires comme

secondaires) au même titre que la classe sociale (Aïach et Fassin, 2004 ; Leclerc et al., 2000), la nationalité ou encore l'ethnicité (Cognet et al., 2014). Des études ont déjà montré que l'irrégularité, via la précarité sociale et économique qu'elle engendre, avait des conséquences sur l'état de santé des étrangers en situation irrégulière (Cognet et al., 2014) et qu'elle pouvait ainsi être considérée comme un facteur de risque en matière de santé (Castañeda, 2009). A cela nous ajoutons qu'elle détermine également les droits auxquels les personnes vont avoir accès, les orientant massivement vers l'AME ou les dispositifs humanitaires plutôt que vers le système général, ainsi que les manières dont elles vont être soignées, à la fois dans le type de traitements qui seront disponibles pour elles et les conditions dans lesquelles elles seront ou non reçues. Voyons maintenant comment les agents des CPAM, chargés d'appliquer le droit et d'attribuer l'AME, prennent en compte ce stigmate de l'irrégularité du séjour et catégorisent ce public. Perçoivent-ils les étrangers en situation irrégulière comme des « Autres » ? Cette altérité se base-t-elle sur les mêmes attributs que dans les discours politiques ? Interfère-t-elle sur les relations de guichet et les décisions des agents ?

**PARTIE 2 : DANS LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE
MALADIE : CATEGORISATIONS DES DEMANDEURS DE L'ÂME ET
RHETORIQUE DU SOUPÇON**

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE

Lors d'une conversation à propos des changements incessants de réglementation et des difficultés que cela entraîne, Charles, un gestionnaire de dossier, nous explique qu'il trouve dommage de devoir appliquer les instructions qui étaient en vigueur à la date de dépôt de la demande, alors même que les conditions actuelles sont plus favorables aux usagers. Il est alors repris par Martine, cadre experte : « *Ce n'est pas une question de "dommage". Il n'y a pas de "dommage", on applique la règle, c'est tout !* ». Puis, elle se tourne vers moi et ajoute : « *Nous on applique. Mais pour les Roumains, on n'a pas pu s'empêcher de penser que c'était dégueulasse* ». Charles renchérit : « *C'est l'administration !* » (Journal de terrain, service expert, 18 juin 2008).

Dans cette deuxième partie, nous allons passer de l'autre côté du guichet pour nous intéresser au travail des agents de la CPAM des Champs et, plus particulièrement, à la manière dont ils catégorisent les demandeurs de l'AME. Avec la mise en place de la CMU et de l'AME en 2000, leur travail a évolué. Ils doivent désormais vérifier que les usagers sont bien en situation régulière, mais aussi que leur niveau de ressources ne dépasse pas le plafond institué. La prise en compte de ces deux éléments, qui n'importaient pas auparavant, joue-t-elle sur les relations qu'ils entretiennent avec ces usagers et les catégorisations qu'ils en font ?

La catégorisation peut se définir comme « la mise en forme du monde social et la reconnaissance des groupes pouvant légitimement participer à la vie démocratique et revendiquer éventuellement des droits » (Martiniello et Simon, 2005 : 7). La catégorisation comprend à la fois des dimensions techniques et cognitives. Dans ses dimensions techniques, elle consiste à élaborer des catégories administratives ou des statistiques par lesquelles les individus sont désignés ou décrits, comme par exemple : un cadre, un ouvrier, un étranger ou encore un bénéficiaire de l'AME ou de la CMU-C. Dans ses dimensions cognitives, elle établit des catégories par lesquelles les individus sont pensés : à cette catégorie de personnes est alors assigné un certain comportement. La catégorie ne sert plus seulement à classer la personne, mais lui impute aussi une manière d'être, de faire et de penser. Elle procède alors d'un processus de réduction. Comme l'explique Christian Poiret : « La catégorisation est

d'abord un outil de connaissance. C'est une activité cognitive fondamentale à travers laquelle les êtres humains réduisent l'indéfinie complexité du réel pour pouvoir penser leur univers, le communiquer, s'y mouvoir et y agir. Elle constitue un procès d'ordonnement du monde – de mise en ordre – qui passe par la sélection de traits considérés comme significatifs, faisant sens, qui sont ensuite simplifiés, agrégés et réduits dans des types. La catégorisation suppose donc un travail de construction et d'accentuation des différences et des ressemblances, un travail de typification c'est-à-dire de réduction d'ensembles d'éléments divers et nuancés à des types caractérisés par quelques traits réputés communs. Ce sont ces types qui sont eux-mêmes désignés sous la forme de catégories » (2008 : 29). Ces catégories peuvent alors assigner des identités aux personnes qu'elles désignent, que cela soit en fonction de leur genre, de leur classe ou de leur race. La catégorisation découle ainsi d'un processus : elle s'effectue dans l'interaction entre un catégorisant (en position de majoritaire) et un catégorisé (en position de minoritaire). C'est le catégorisant qui impute cette catégorie au catégorisé. En fonction des situations, le minoritaire peut alors revendiquer ou non cette identité.

Dans cette partie, ce sont surtout les dimensions cognitives de la catégorisation qui vont nous intéresser. En effet, les agents des CPAM classent les usagers dans des catégories administratives : bénéficiaire de l'AME ou de la CMU-C, étranger en situation régulière ou irrégulière, etc. Nous verrons que ce travail de qualification nécessite une activité d'interprétation des situations, néanmoins ce n'est pas cette activité qui va nous intéresser principalement, mais bien la dimension cognitive. Cette dernière repose sur des éléments sociaux et moraux : c'est la manière dont sont perçues ces personnes et les préjugés que les agents ont à leur égard qui permettent de les classer dans telle ou telle catégorie et de leur assigner un comportement. Or, tandis que la dimension technique de la catégorisation est admise dans les administrations, la dimension cognitive est tue. Les agents sont en effet supposés être impartiaux. Aucune opinion personnelle ne doit intervenir dans leur instruction des dossiers, comme l'exprime le rappel à l'ordre de Martine dans l'extrait de terrain qui ouvre cette partie. Ce rappel à l'ordre est toutefois ambigu, puisqu'elle passe elle-même ensuite à un registre moral, qualifiant la situation de « *dégueulasse* ». Il permet ainsi d'illustrer l'oscillation des agents entre ces deux positions et montre à quel point il est difficile pour eux de se dégager de leurs opinions : « *On n'a pas pu s'empêcher de penser que...* ».

Dans cet extrait nous voyons également que certains usagers sont désignés par leur nationalité plutôt que par un statut administratif, alors même que nous avons vu dans la partie précédente que les distinctions nationales n'existaient pas en matière d'assurance maladie. Comment se

fait-il que les agents d'une administration qui se présente comme aveugle à la nationalité utilisent des catégories nationales pour distinguer les usagers ?

Nous avons vu que la CMU-C et l'AME faisaient entrer les catégories de l'assistance dans les CPAM : cela joue-t-il sur les catégorisations des usagers ? De même, la place dans laquelle le système positionne les demandeurs de l'AME – à l'écart – joue-t-elle également sur ces manières d'appréhender le public ? Les catégories administratives mises en place par les politiques migratoires opposant réguliers et irréguliers et les catégories de l'aide sociale sont-elles reprises par les agents des CPAM ?

A travers l'analyse des catégorisations des agents, c'est aussi la manière dont ils se représentent leur travail (leur identité professionnelle), mais aussi les valeurs et conceptions qu'ils mobilisent pour le faire (leur ethos professionnel) que nous pouvons étudier. Nous verrons ainsi qu'un ethos de gardien du système se diffuse dans les caisses, du haut vers le bas, qu'il est réinvesti par les agents et également co-construit, dans un deuxième temps, du bas vers haut.

Pour examiner cela, nous reviendrons tout d'abord sur l'organisation du travail de mise en oeuvre du droit dans les CPAM. Nous verrons que malgré une présentation legaliste de leurs missions, estimant ne pas intervenir sur l'application des lois, les agents ne cessent en réalité d'interpréter les règles pour pouvoir mener à bien leur mission. Bien qu'informelle, cette tâche est ainsi nécessaire pour l'exécution du travail prescrit. Nous verrons également que malgré la neutralité imposée aux agents, l'évolution de la manière d'appréhender les dépenses de santé et les politiques sociales fait que les agents intègrent un ethos professionnel oscillant entre position legaliste, mission d'ouverture de droits et défense du système par la lutte contre la fraude sociale (chapitre quatre).

Après avoir placé le cadre dans lequel agissent les agents, nous nous intéresserons à la manière dont ils catégorisent les demandeurs de l'AME et à l'influence de la logique du soupçon dans ce processus de catégorisation. Nous verrons que les catégories construites reposent finalement plus sur des critères moraux qui relèvent des catégories de l'aide sociale (la distinction entre « bons » et « mauvais » pauvres) plutôt que sur les catégories de la politique migratoire (étrangers en situation régulière et irrégulière). Si l'irrégularité intervient c'est parce qu'elle vient teinter les figures d'étranger et de pauvre qui se présentent à l'accueil (chapitre cinq).

Dans un troisième et dernier temps, nous interrogerons le poids de l'ethnicité sur les catégorisations des agents. Nous verrons que bien que ces derniers puissent recourir à des catégories ethniques pour désigner les usagers, ces dernières concernent finalement

essentiellement les bénéficiaires de la CMU-C plutôt que ceux de l'AME, et servent à exclure les populations perçues comme dangereuses pour le système social. A travers l'usage de ces figures, les agents intègrent la conception gestionnaire de l'Etat social et participent à sa diffusion (chapitre six).

CHAPITRE 4 : MISE EN ŒUVRE DU DROIT ET ETHOS PROFESSIONNEL DES AGENTS DES CPAM : ENTRE POSTURE LEGALISTE, MISSION DE SERVICE PUBLIC ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

C'est en débutant notre enquête au sein de la CPAM des Champs que nous nous sommes aperçue de l'importance que « la règle » pouvait prendre dans cette étude. Notre bureau étant situé au sein du service expert, dont la majeure partie du travail consiste à retranscrire la réglementation, on pourrait penser que notre vision était déformée par ce lieu d'observation qui faisait office de miroir grossissant. Cependant, tous les acteurs de l'organisme – les responsables, les cadres expertes, les agents du service AME ou des accueils – se réfèrent sans cesse à « la » règle. Ils en parlent au singulier, comme s'il n'en existait qu'une, provenant d'une seule source, qui serait claire, précise et non interprétable. Son origine, sa construction, les choix politiques dont elle découle sont quant à eux rarement évoqués. Les agents expliquent souvent qu'ils appliquent telle condition ou travaillent de telle manière parce que : « *C'est la règle* ». Ils se présentent alors comme des agents passifs qui ne remettent jamais en cause sa pertinence. « *On applique les règles, un point c'est tout* » est ainsi une phrase qui revient très souvent lors des discussions. Nos questionnements sur la réglementation sont d'ailleurs accueillis avec étonnement par certains, ce qui laisse entendre qu'interroger la réglementation ne va pas de soi au sein des caisses.

La règle est ainsi présentée comme quelque chose de transcendant, quelque chose qui vient d'« en haut » et que les agents doivent appliquer sans réfléchir. Elle est pourtant sans cesse discutée, commentée, soumise à interprétation. C'est d'ailleurs aussi pour cela qu'elle est si présente dans nos observations. Comment se fait-il que les agents, bien qu'étant en perpétuel exercice de maniement de la réglementation et d'arbitrage, la définissent paradoxalement comme quelque chose qui ne s'interprète pas et qui s'applique indifféremment ? Qu'est-ce qui peut expliquer de tels écarts entre les discours et les pratiques ?

A l'inverse, le soupçon de fraude est très présent dans les propos des agents, mais aussi dans les notes d'instruction et les directives des responsables. Il laisse place à de nombreux commentaires des agents quant à l'attitude des usagers et la véracité de leur situation. Comment se fait-ce que les agents, qui se décrivent pourtant comme impartiaux, s'autorisent en parallèle à tenir publiquement ce type de discours ?

Dans ce chapitre, nous allons donc nous intéresser à la manière dont les agents interprètent puis appliquent le droit. Nous analyserons les éléments sur lesquels ils fondent leur ethos

professionnel et en quoi ce dernier évolue, pour mieux comprendre ce qui entre en compte lors de leurs arbitrages ainsi que les écarts entre leurs discours et leurs pratiques.

Pour étudier cette mise en œuvre du droit, nous présenterons tout d'abord la manière dont s'organise le traitement d'une demande d'AME à la CPAM des Champs. Nous verrons, dans un deuxième temps, que pour instruire un dossier les agents doivent qualifier les situations. Cette activité les oblige à interpréter les situations, ce qui leur laisse une marge de manœuvre. Ce pouvoir discrétionnaire est néanmoins nié par les agents parce qu'il va à l'encontre de leur ethos professionnel. Nous nous intéresserons alors, dans un troisième temps, aux éléments qui constituent cet ethos et verrons, notamment, que si le recours à la logique du soupçon est important et dicible, c'est justement parce que lui, en revanche, est compatible avec cet ethos.

4.1 L'ORGANISATION DE L'AME À LA CPAM DES CHAMPS

Les 101 CPAM⁶⁸ représentent le niveau départemental de l'Assurance maladie. Elles doivent gérer les dossiers du régime général⁶⁹, les demandes de CMU de base, de CMU complémentaire, d'aide pour une complémentaire santé (ACS) et d'AME, ainsi que liquider⁷⁰ les droits (en matière d'arrêt maladie, de maternité et d'accidents de travail) des personnes résidant sur leur territoire. Bien qu'elles aient toutes les mêmes missions, elles sont autonomes dans l'organisation de leurs services et le recrutement de leurs agents. Comme nous l'avons vu, cela est particulièrement évident dans la manière dont est mise en œuvre la réception des bénéficiaires de l'AME dans les caisses.

Pour effectuer une demande d'AME, une personne a plusieurs choix :

- La remettre à un acteur extérieur qui l'épaulera pour constituer son dossier : une association agréée, un centre communal d'action social (CCAS), l'assistante sociale d'un hôpital. La demande est ensuite envoyée par la poste à la CPAM,
- La déposer à l'accueil d'une CPAM où on l'aidera peut-être à compléter son dossier qui sera ensuite transmis par courrier interne au service AME,
- L'envoyer directement au service AME de la CPAM dont elle dépend.

68 Données au 31 décembre 2012. Source : rapport sur l'emploi 2013 – DDARH – UNCASS. http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceUcanss/LaSecuriteSociale/presentation_organisation_securite_sociale.html.

69 Les personnes relevant de régimes spéciaux, comme les travailleurs indépendants ou agricoles, se rendent dans d'autres structures.

70 Au sein des organismes de la Sécurité sociale, on entend par « liquidation » l'ensemble des opérations qui permettent de déterminer les droits d'un assuré à une prestation sociale et de les calculer.

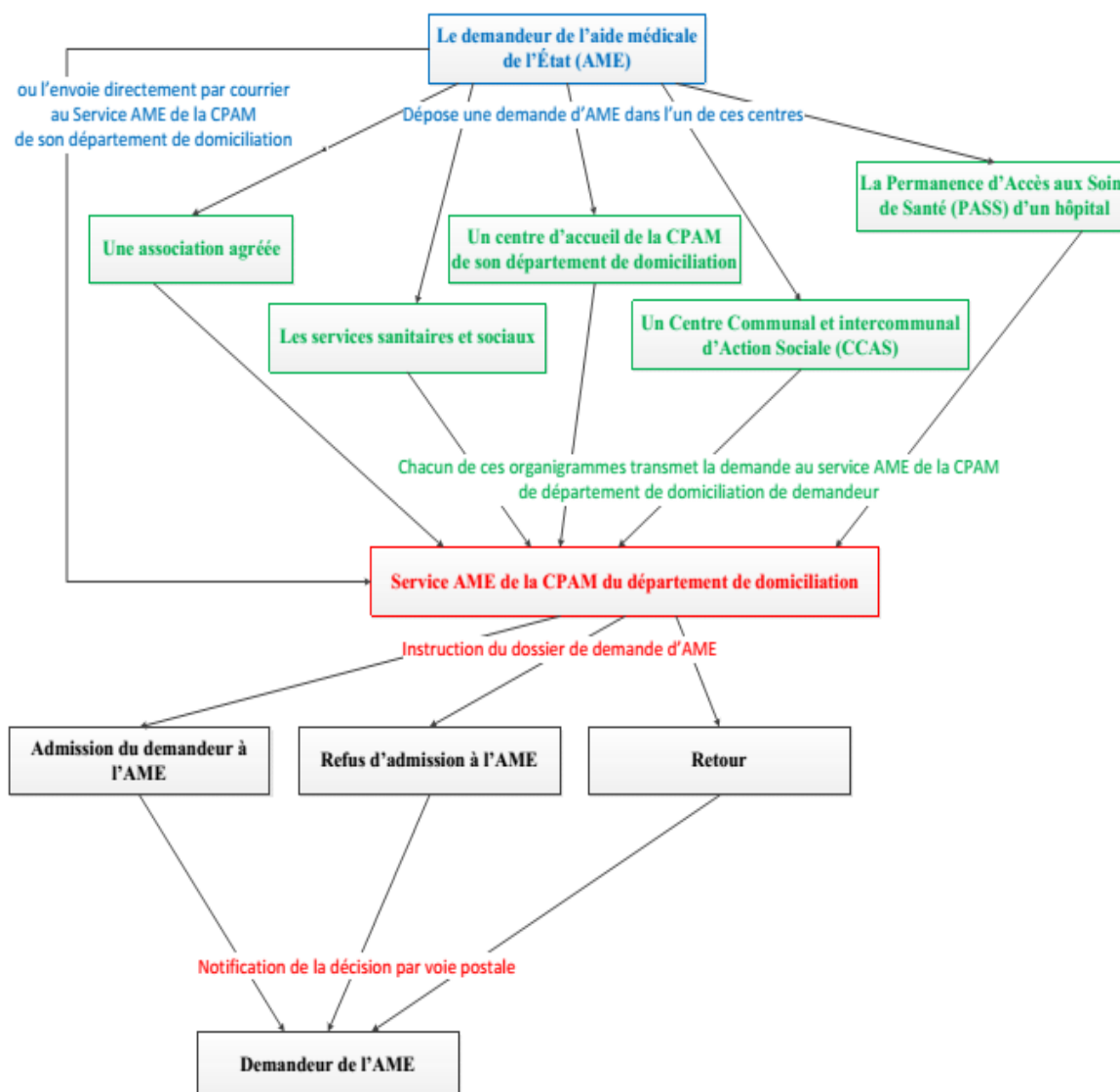


Figure 7 : Cheminement d'une demande d'AME

4.1.1 LE DÉPÔT AU GUICHET

Lorsqu'il se rend au guichet, le demandeur est reçu par un agent du pré-accueil. Ce dernier étudie rapidement⁷¹ sa situation en lui posant quelques questions pour pouvoir l'orienter vers la bonne prestation (l'AME, la CMU, le régime général, etc.). Avant de lui délivrer un formulaire d'AME (cf. annexe n°1) et la liste des documents justificatifs à apporter, l'agent s'assure en général que la personne remplit bien la condition de stabilité, en demandant à voir le visa d'arrivée sur son passeport⁷².

⁷¹ Comme nous le verrons au chapitre 7, l'agent de pré-accueil doit recevoir l'utilisateur en moins de trois minutes.

⁷² Nous reviendrons plus précisément sur ces pratiques de qualification de la condition de stabilité au pré-accueil au chapitre cinq.

Lorsque l'usager a constitué son dossier, il peut revenir au centre pour que ce dernier soit vérifié, lors d'un « entretien AME », avant d'être transmis au service AME pour instruction. Cette étape peut avoir lieu immédiatement ou sur rendez-vous en fonction des centres⁷³ et tend normalement à éviter qu'une demande de documents complémentaires lui soit envoyée par la suite et rallonge ainsi le temps d'obtention de la prestation.

L'entretien AME permet à l'agent de vérifier la nature des documents et des déclarations du demandeur. Durant cette procédure, l'agent utilise une « grille d'entretien » qui l'oblige à suivre certaines étapes afin de contrôler tous les éléments (cf. annexe n°2). Il commence par regarder si le dossier contient bien les justificatifs d'identité et de stabilité. Il doit ensuite évaluer les ressources de l'individu, ce qui peut s'avérer compliqué car ce dernier, non autorisé à travailler en France, n'a pas forcément de fiches de paie⁷⁴. La procédure impose toutefois à l'agent d'indiquer un montant. La caisse nationale estime en effet que personne ne peut vivre avec zéro euro et que l'étranger en situation irrégulière, même s'il ne travaille pas, reçoit forcément de l'argent, au moins grâce à son entourage. L'agent doit donc inciter l'usager à déclarer des ressources, quelle que soit leur nature. Les demandeurs étant toutefois peu prolixes sur ce sujet, la caisse nationale a mis en place un outil pour permettre aux agents d'estimer un montant. Il se présente sous la forme d'une grille à remplir qui énumère les dépenses de la personne à travers des onglets particuliers conçus comme les éléments de base de la vie quotidienne. L'agent doit ainsi indiquer combien la personne dépense pour subvenir à ses besoins (loyer, électricité, gaz, eau, transport, nourriture). Une case « autres » permet de poser des questions complémentaires en fonction de la situation des personnes. Les agents demandent ainsi à ceux qui ont des enfants à combien ils estiment l'achat des fournitures scolaires ; aux femmes, le montant de leurs produits cosmétiques ; à ceux qui ont de la famille à l'étranger, les pensions ou aides qu'ils peuvent leur verser. Ce moment de l'entretien est souvent délicat à mener pour les guichetiers, une tâche qu'ils estiment trop intrusive dans l'intimité des personnes et qui les oblige à sortir de leur rôle. Il peut aussi donner lieu à des négociations entre les agents et les usagers : les premiers attendent un montant à indiquer que les deuxièmes peinent à estimer. Ces derniers n'ont souvent aucune notion de ce qu'ils peuvent consommer par mois selon les postes de dépenses demandés. Sous la pression des agents, ils indiquent alors des sommes aléatoires s'inquiétant de savoir si cela dépasse le plafond de ressources de l'AME dont ils ne connaissent néanmoins pas le montant. Si les dépenses sont supérieures au montant de ressources déclarées, l'agent peut soit s'en servir comme preuve de fraude, soit avertir l'usager qu'il y a un problème de cohérences dans ses

73 Nous reviendrons sur ces spécificités dans le chapitre 7.

74 Du fait de la situation informelle des étrangers en situation irrégulière, aucun justificatif officiel de salaire, paiement de charges ou de loyers ne peut leur être réclamé.

déclarations. Ils reprennent alors ensemble le montant des ressources et des dépenses pour les réévaluer ou les abaisser.

A la fin de l'entretien, la grille est imprimée, signée par l'agent et ajoutée au dossier qui est transmis au service AME. Un récépissé de dépôt (c'est-à-dire la photocopie du formulaire rempli sur lequel est apposé le tampon dateur) est donné au demandeur. L'agent d'accueil n'est pas habilité à notifier un accord ou un refus, même s'il peut connaître par avance la réponse en fonction de la composition du dossier.

4.1.2 L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE PAR LE SERVICE AME

Au service AME, la journée des agents est ponctuée de plusieurs étapes. Tout d'abord, les référentes doivent trier les dossiers lors de l'ouverture du courrier. Dès réception, ils sont tamponnés et classés en fonction, tout d'abord, du PSA dont ils dépendent. Le service AME est en effet organisé en quatre pôles (de quatre agents), chacun gérant les dossiers d'un ou plusieurs PSA. Le choix de la répartition des PSA a été effectué de manière à ce que l'ensemble des pôles ait la même quantité de travail. Les dossiers sont traités par date d'arrivée. Le tri est ensuite affiné par catégorie de dossiers :

- Les études prioritaires : soins urgents et vitaux, demandes d'AME accompagnées d'un certificat médical et demandes de rétroactivité des droits,
- Les premières demandes,
- Les demandes de renouvellement,
- Les mises à jour,
- Les demandes du ressort de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) : demandes à titre humanitaire, demandes d'AME pour des personnes placées en centre de rétention administrative (ces dossiers sont transmis à la DDASS à l'aide d'un courrier spécifique),
- Les recours gracieux.

Les référentes constituent ensuite des petits paquets de dix à quinze dossiers reçus le même jour. Sur chaque paquet, maintenu par un élastique, figure une feuille où sont indiqués : la provenance des dossiers (nom du PSA gérant ces communes), leur nombre, leur date d'arrivée et leur contenu (première demande, renouvellement, etc.). Chaque pôle dispose d'une boîte renfermant ces paquets de dossiers à traiter. A la fin du tri, les référentes y rangent les

nouveaux paquets par date d'arrivée (date de réception du courrier), les plus récents se trouvant au fond de la boîte.

Tous les matins, en arrivant au bureau, chaque agent instructeur prend un paquet et se ressert, si besoin, dans la journée. Il peut choisir de traiter plutôt des premières demandes ou des renouvellements. On lui laisse généralement le choix, du moment qu'il s'occupe en priorité des dossiers les plus anciens.

La première étape de l'instruction, consiste à consulter la base de données de l'Assurance maladie pour vérifier que la personne n'a pas déjà des droits ouverts à une autre couverture. Si c'est le cas, l'agent classe le dossier sans suite. Sinon, il passe à l'étape suivante : la vérification des conditions d'identité, de stabilité, et de ressources. La première se prouve par la présentation d'un document officiel, comme une carte d'identité du pays d'origine, un ancien titre de séjour, un extrait d'acte de naissance. Cette condition pose rarement problème.

En revanche, l'instruction de la stabilité est plus complexe : le demandeur doit justifier d'une résidence stable et ininterrompue. Celle-ci s'observe par la production d'une preuve de présence en France qui date de plus de trois mois et de moins de douze. Cela peut être un visa d'entrée sur le territoire français, une ordonnance médicale, un rendez-vous en préfecture, une quittance de loyer ou une facture EDF, etc. La liste des justificatifs admis n'est pas complète, elle peut ainsi donner lieu à des interprétations.

La condition de ressources peut sembler facile à instruire et sans ambiguïté au premier abord. Les agents doivent rentrer les différentes ressources de la personne dans un logiciel appelé « outil ressources » qui calcule ensuite leur montant total et instruit lui-même la condition faisant apparaître son jugement en-dessous du total : en vert quand c'est un accord, en rouge quand c'est un refus (cf. annexe n°3). Mais si le logiciel prend la décision, c'est bien l'agent qui décide de la nature des ressources qu'il y note. Il peut ainsi s'interroger sur les sommes à inscrire : doit-il prendre en compte les revenus des concubins ? Des enfants ? Les aides de la famille quand celle-ci peut faire l'objet d'une obligation alimentaire ? Les revenus du travail non déclaré ? Ceux provenant de l'étranger ? D'autres questions peuvent aussi se poser concernant cette condition quand les ressources déclarées sont inférieures aux dépenses admises lors de l'entretien AME ou aux dépenses constatées dans le dossier : par exemple, si le montant de la quittance de loyer – fournie comme preuve de stabilité – est supérieur aux ressources.

Trois possibilités de décision s'offrent alors à l'agent :

- Attribuer un « accord » : la personne a prouvé qu'elle remplissait les conditions et obtient l'AME,

- Effectuer un « retour » : le dossier envoyé n'est pas complet : il manque des justificatifs. L'agent retourne alors le dossier par voie postale au demandeur, lui indiquant les pièces manquantes,
- Notifier un « refus » : le requérant ne répond pas aux conditions d'obtention de l'AME, la prestation lui est alors refusée.

Une fois qu'il a pris sa décision, l'agent doit saisir le dossier dans la base informatique, puis remplir et éditer une attestation de droits en cas d'accord ou un courrier en cas de refus ou de retour. Le dossier est ensuite transmis au contrôleur. Après validation, l'attestation ou le courrier est envoyé au demandeur et le dossier archivé.

4.2 ACCORDER DES PRESTATIONS : QUALIFIER DES SITUATIONS, INTERPRÉTER DES RÈGLES

Le travail des agents des CPAM consiste à délivrer des prestations en fonction de la situation sociale et administrative de la personne. Les agents doivent orienter les usagers vers la prestation dont ils relèvent, puis vérifier qu'ils en remplissent bien les conditions avant de la leur attribuer. Pour se faire, ils sont aidés d'une réglementation générale – faite de lois, décrets et circulaires mis en place par le pouvoir législatif (les parlementaires) et exécutif (les hauts fonctionnaires de l'administration sociale et sanitaire) – qu'ils doivent appliquer à des situations individuelles et particulières. Ils doivent ainsi essayer de faire coïncider des situations particulières avec celles prévues par la réglementation générale. Ils exercent ainsi une activité de qualification, et ce, à différents niveaux : caractériser la personne d'« étranger en situation irrégulière », sa situation de « stable et ininterrompue », ses ressources d'éléments à prendre en compte ou non, pour au final pouvoir statuer sur le dossier et qualifier la personne de « demandeur de l'AME » pour l'accueil puis de « bénéficiaire de l'AME » pour le service AME. Cette opération intellectuelle est « nécessaire à l'application d'une règle générale à une situation particulière. Il faut pouvoir nommer les choses afin de délaissier ensuite la réalité concrète des situations et appliquer le régime juridique auquel la nomination/qualification les soumet » (Sayn, 2005 : 116). Sans acte de qualification, les agents ne peuvent pas rattacher les personnes à une prestation spécifique.

Cette activité de qualification définit le cœur du métier des agents. Leur travail consiste en effet à assurer aux personnes l'obtention de la prise en charge à laquelle ils ont droit : accorder le « bon droit » à la « bonne personne ». Des textes de loi ont été votés, les agents administratifs doivent assurer leur application et la rendre effective. Leur formation porte

d’ailleurs principalement sur l’apprentissage de la réglementation et des modes de calcul des montants alloués pour chaque prestation. Cette activité de qualification représente aussi l’aspect technique de leur métier qui peut être valorisé.

4.2.1 LA NÉCESSAIRE INTERPRÉTATION DE LA RÉGLEMENTATION

L’activité de qualification est ainsi reconnue et valorisée par les agents, mais elle est présentée comme ne nécessitant pas d’interprétation des textes. Comme si la connaissance des règles suffisait à qualifier des situations, et que ces dernières ne soulevaient jamais de question. Or décider si la personne peut être considérée « en situation irrégulière », sa résidence « stable et ininterrompue » et ses ressources inférieures au plafond, n’est pas si évident. L’irrégularité de la situation n’est pas attestée par un document unique et doit être déterminée. En ce qui concerne les ressources, l’agent peut s’interroger sur la nature des revenus à prendre en compte. Pour la résidence enfin, les questions peuvent porter à la fois sur les justificatifs retenus et sur la définition de la rupture de la résidence ininterrompue : des vacances peuvent-elles être considérées ainsi ? Si oui, à partir de quelle durée ? Les agents des CPAM, tout comme ceux des CAF, ont ainsi « une activité quotidienne de prise de décisions juridiques, au nom du droit » (Sayn, 2005 : 113).

L’activité de qualification n’est ainsi pas neutre, mais repose sur une activité intense d’interprétation. Comme le rappelle I. Sayn : « Cette opération de qualification constitue nécessairement une opération de jugement, donc un acte décisionnel associé à un espace de décision » (2005 : 116). Les agents des CPAM, comme tout autre agent administratif, sont ainsi dotés d’un pouvoir discrétionnaire, soit d’une « capacité à choisir entre différentes options, dans les limites fixées par la loi » (Spire, 2005a : 15).

Pour Alexis Spire, « ce type de pouvoir est consubstantiel à toute activité bureaucratique : chaque règle établit un sens général qui nécessite forcément un travail d’adaptation aux différents cas particuliers » (2008 : 65). Les situations des individus ne rentrant pas souvent dans les cases prévues par les catégories administratives, les agents sont obligés de définir leur situation dans un sens plutôt que dans un autre. Le travail de qualification n’est ainsi ni simple, ni monotone, ni répétitif, contrairement à ce qu’en disent les agents, mais au contraire l’objet de nombreuses questions. Comme l’a montré Jean-Marc Weller, le bureaucrate n’exerce pas cette tâche de manière automatique : « Parfois – nous devrions dire souvent – l’agent bredouille, s’interroge, pèse le pour et le contre, bref, il accomplit un travail d’enquête

qui n'a rien d'évident pour apprécier à quelle situation il a vraiment affaire et prendre la bonne décision » (Weller, 2006 : 8).

L'application pure et simple d'une instruction ne va pas de soi et laisse toujours une marge de manœuvre aux agents chargés de la mettre en place (Lipsky, 2010 ; Blau, 1963 ; Dubois, 1999 ; Weller, 1999 ; Lagroye et al., 2012). Elle mène à des différences de traitement qui peuvent avoir lieu entre les agents d'un même service (Spire, 2008), entre les différents services d'une même administration (Spire, 2005a) ou en fonction des départements, les organismes locaux pouvant imposer des lectures plus ou moins souples de la réglementation (Math et al., 2006).

Tous les agents de la chaîne du cheminement de la demande d'AME font ainsi face, à un moment ou à un autre, à l'obligation d'interpréter la réglementation pour pouvoir effectuer leur travail. Les conditions en matière d'AME peuvent paraître plus simples à appliquer et à respecter que pour d'autres prestations, puisqu'elles n'induisent pas, au premier abord, d'activité de jugement, et sont plus facilement définissables (par une durée, un montant ou une liste de justificatifs) que peuvent l'être d'autres critères flous tels que l'isolement (Dubois, 2009), l'assimilation (Hajjat, 2010 et 2012), le mérite (Mazouz, 2008), la menace (Greslier, 2007) ou encore l'intégration (Gourdeau, 2014). Pour autant, aucun règlement ne s'applique de manière limpide et toute qualification de condition peut susciter des interrogations. Comme le rappelle Vincent Dubois, « un règlement juridique, aussi complet et précis soit-il, ne peut jamais être exempt d'incertitudes dans son application ni empêcher totalement les marges de manœuvre et d'appréciation de ceux qui l'appliquent » (2009 : 32).

Les agents qui font face aux dossiers se posent ainsi systématiquement des questions quant à la mise en place des règles. Cela, d'autant plus, que la réglementation s'avère rarement prendre en compte l'ensemble des cas qui peuvent se présenter. Même une liste précise peut donner lieu à des interprétations diverses. Ainsi dans le cas de l'AME, la réglementation prévoit, pour justifier de la condition de stabilité, la possibilité de fournir « une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois ». Mais, ces factures étant de plus en plus souvent délivrées sous la forme d'échéanciers plutôt que transmises mensuellement, la question qui revient sans cesse est celle de la date à prendre en compte : est-ce celle de la facture ou celle de la période couverte ?

4.2.2 LIMITER LA MARGE DE MANŒUVRE

Le travail de qualification n'est cependant pas un exercice solitaire. Il s'inscrit, au contraire, dans un travail en chaîne qui fait intervenir de multiples acteurs et niveaux hiérarchiques. Lorsque l'agent a établi une qualification, celle-ci est vérifiée : le contrôleur doit tomber d'accord avec la qualification proposée (Weller, 2006). Le travail de qualification est donc à la fois individuel et collectif. En cas de besoin, l'agent peut se tourner vers ses supérieurs pour connaître l'interprétation et la qualification à faire de ce cas. Il cherche alors à obtenir une interprétation et une qualification générale d'un dossier spécifique qui pourra ainsi s'appliquer par la suite à d'autres cas particuliers similaires. L'agent reporte alors son espace de décision sur son supérieur hiérarchique, se dépossédant finalement lui-même de son pouvoir de qualification.

4.2.2.1 LA DIVISION DU TRAVAIL D'INTERPRÉTATION

L'ensemble des agents n'est en effet pas supposé trancher ces interrogations. Il existe une division du travail au sein des caisses en matière d'interprétation des règles entre ceux qui décident de l'application à faire des règles (les responsables du département de l'accès aux droits), ceux qui les transcrivent (les cadres expertes) et ceux qui les appliquent (les gestionnaires de dossiers et les guichetiers).

Du national au local

Pour garantir une interprétation et une application commune malgré les différences d'organisation locale, un processus de retranscription des règles du haut vers le bas a été mis en place sous la houlette de la Caisse nationale : à chaque échelon, la réglementation de l'organe supérieur est énoncée selon les modalités internes pour permettre de suivre au mieux, et à la lettre, l'esprit de la loi. Cela est censé garantir une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire : peu importe le département où est déposé le dossier, peu importe l'employé qui le reçoit, le demandeur est supposé obtenir à chaque fois la même réponse.

Au sommet de la pyramide, les pouvoirs exécutif et législatif sont les premiers acteurs à intervenir sur la réglementation AME. Ils proposent et votent des lois qui sont retranscrites au

sein d'articles dans des codes, puis complétées par des décrets et des circulaires ministérielles. Ces derniers précisent la manière dont la loi doit être appliquée⁷⁵.

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) assure un rôle d'intermédiaire entre les ministères et leurs cabinets et les CPAM. Elle se saisit de l'ensemble des textes évoqués ci-dessus et les transmet au sein de notes de réglementation internes à l'Assurance maladie (en matière d'AME et de CMU : les *Lettres-Réseaux* et les *Points CMU*). Ces documents sont envoyés à l'ensemble des caisses primaires via l'Intranet de l'Assurance maladie. Ils constituent le volet « officiel » des règles de la CNAMTS : ce sont sur ces textes que les agents des CPAM s'appuient pour instruire un dossier. Les *Lettres-Réseaux* et *Points CMU* leur expliquent comment ils doivent interpréter et appliquer les lois, circulaires ou décrets et détaillent les mesures à mettre en œuvre et les outils à créer.

Il appartient ensuite aux caisses primaires, via leur service de réglementation, de retranscrire à nouveau les règles au sein de leurs propres notes d'instruction. Ces dernières expliquent à la fois le contenu de la loi mais aussi la manière de l'appliquer localement et définissent les procédures à suivre pour traiter un dossier ou recevoir un certain type d'utilisateurs. Les caisses étant autonomes dans leur organisation, la CNAMTS leur laisse en effet toute liberté de définir, au niveau local, la mise en place pratique des règles et outils. Chacune établit ainsi ses propres règles « locales » : organisation des services ou des accueils, effectifs consacrés à telle prestation et manière de travailler.

Ce cheminement vertical pour l'application d'une règle relative à l'Assurance maladie engendre un travail de réécriture important. En retranscrivant les textes de loi, les agents de la CNAMTS, tout comme, par la suite, ceux des services de réglementation des CPAM, sont obligés d'interpréter les règles, soit parce que des contradictions existent entre les différents textes, soit parce que les conditions ne sont pas toujours explicitées, soit parce que la réglementation nationale ne prévoit pas bon nombre de cas particuliers. Le système de retranscription simple, routinier et sans conséquence, évoqué par les agents, ne se retrouve donc pas dans la pratique.

⁷⁵ Bien entendu, de nombreux autres acteurs entrent en ligne de compte dans l'élaboration des lois de santé publique, qu'ils proviennent d'autres administrations telles que les agences régionales de santé ou des associations. La thèse en cours de Caroline Izambert, celles de Sandrine Musso (2008), de Céline Maury (2013) ou encore d'Elsa Rambaud (2013) portent sur ce dernier point. Les recherches d'Alexis Spire (2005a), Sylvain Laurens (2009) ou Patrick Hassenteufel et al. (1999) et William Genieys (2001 ; 2010) traitent du rôle des hauts fonctionnaires dans l'élaboration des règles en matière de politiques migratoires ou de santé.

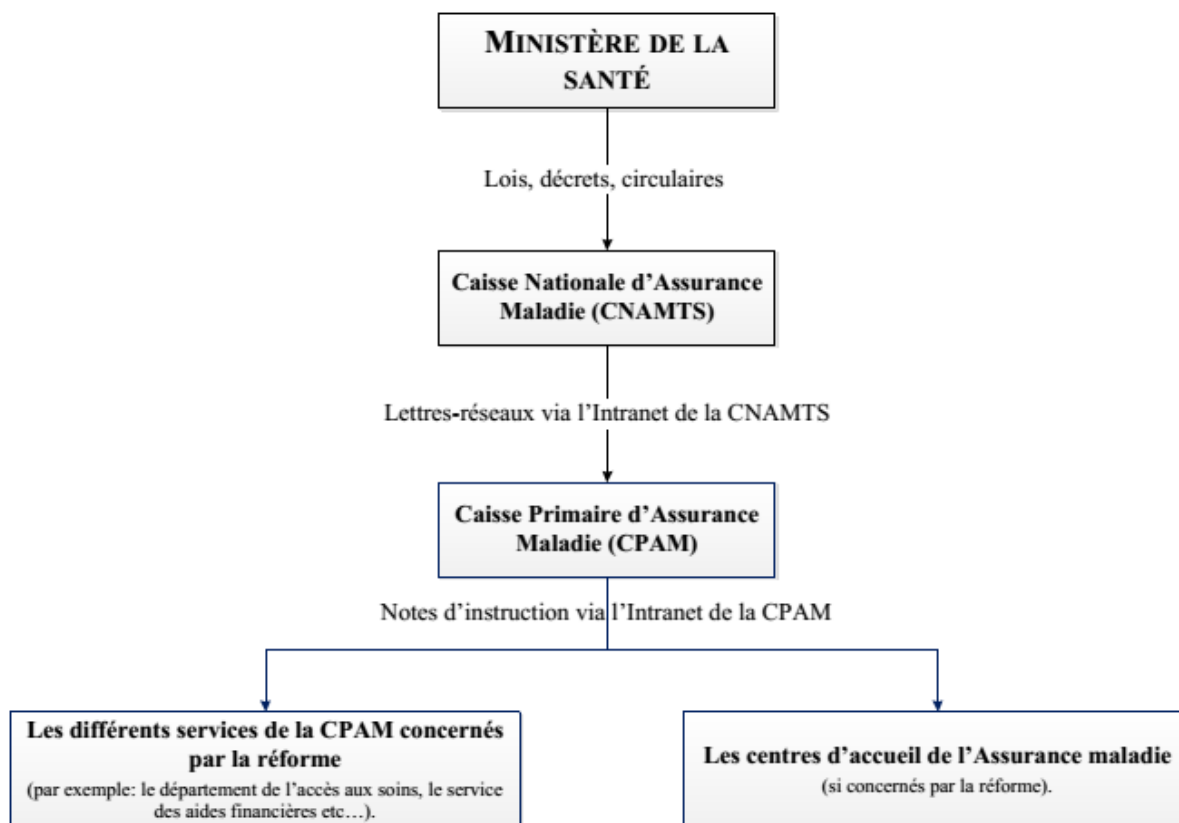


Figure 8 : Application d'une réforme au sein de l'Assurance Maladie

Au niveau local : le service expert maître de l'interprétation

A la Caisse des Champs c'est le service expert qui gère le travail d'interprétation de la réglementation en matière de CMU (de base et complémentaire), d'AME et d'ACS. Mis en place dès l'été 1999 pour anticiper l'arrivée des bénéficiaires de la CMU-C, il est constitué de deux cadres expertes : Martine et Béatrice. Le service expert dépend du département de l'accès aux soins que dirige Nadine et est situé directement sous la responsabilité de Corine. Toutes deux doivent répondre de leurs actes devant leur supérieur hiérarchique : le responsable du département de la relation aux assurés, dont le supérieur est le Directeur Général de la caisse des Champs, qui doit lui-même rendre des comptes à la CNAMTS. Lorsque le service expert rédige une note d'instruction, elle est ainsi d'abord validée par les responsables du département de l'accès aux soins (Corine et Nadine) puis par le directeur du département de la relation aux assurés. Elle engage ainsi la responsabilité de nombreux acteurs, et notamment de responsables et directeurs, et ne peut donc être prise à la légère.

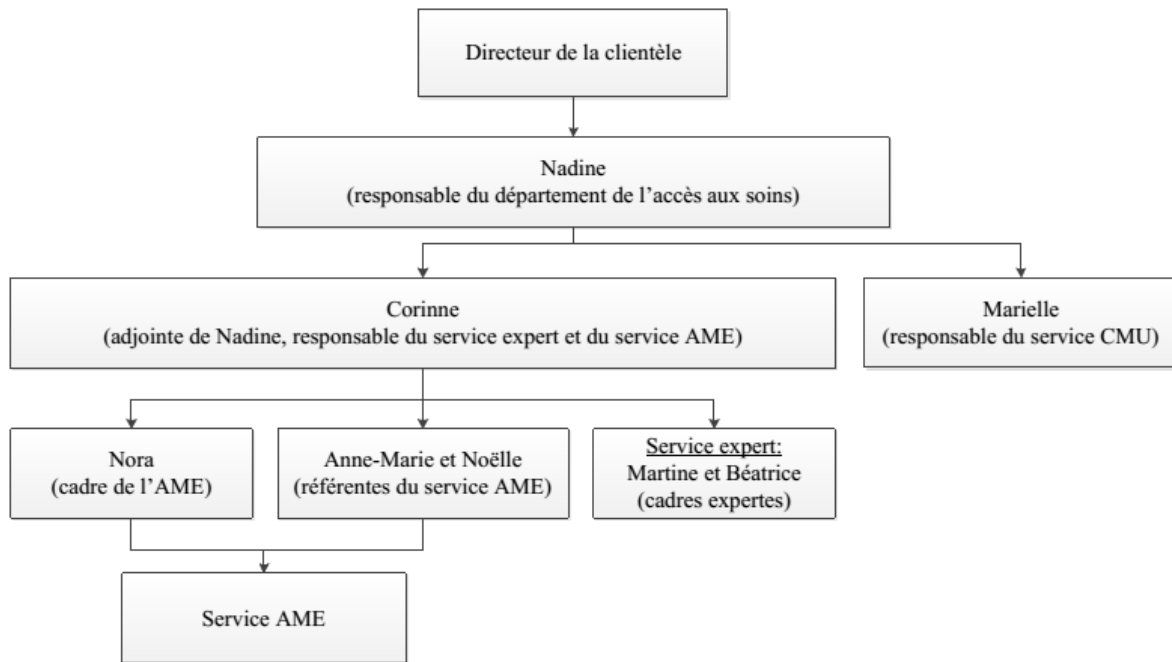


Figure 9 : Organigramme du département de l'accès aux soins

Selon cette description rapide du service, Martine et Béatrice pourraient être perçues comme des expertes en droit. Elles n'ont cependant, ni l'une ni l'autre, reçu de formation juridique, encore moins en droit des étrangers. Elles ne disposent que d'une connaissance basique du droit de l'assurance maladie : celle qui leur a été dispensée à leur entrée dans la caisse en tant qu'agent d'accueil. Martine et Béatrice, âgées d'une cinquantaine d'années, sont toutes deux rentrées par nécessité économique à la Caisse avec un niveau BEPC (brevet d'études du premier cycle du second degré). D'abord hôtesse d'accueil, elles ont petit à petit gravi les échelons jusqu'à celui de cadre au service expert. Elles ont découvert l'AME et la CMU « sur le tas » puisque le service expert a été créé en 1999 pour préparer leur mise en œuvre. Elles ont alors dû déchiffrer les textes et élaborer les documents.

Nadine a suivi le même parcours que Martine et Béatrice. Hôtesse d'accueil à dix-sept ans, avec un niveau BEPC, elle est à présent cadre de niveau huit avec la responsabilité du département de l'accès aux droits. Pour ce faire, elle a suivi des formations en management. Contrairement à d'autres directeurs, Nadine n'a donc pas de diplôme scolaire particulier et ne provient pas d'une grande école. Elle a ainsi un profil de directrice pas forcément atypique mais qui se raréfie. Il est intéressant de noter qu'elle n'est d'ailleurs pas responsable du service le plus noble mais de celui de l'accès aux droits⁷⁶. A la fin de notre enquête, elle

⁷⁶ Dans les CPAM, les prestations d'assurance (obtenues par cotisation) sont considérées comme constituant le cœur du travail de l'Assurance maladie et son aspect technique. Délivrer des prestations d'assistance (telles que la CMU-C ou l'AME) peut être perçu comme une évolution négative du métier (cf. chapitre 8 et Leduc (2008)).

évoluera en récupérant la direction des affaires financières, qui reste tout de même un service d'aide sociale dévolu aux personnes à faibles ressources.

Seule Corine a une formation de juriste : elle est diplômée d'une licence en droit. Entrée à la caisse en tant que cadre au centre de santé, elle est ensuite recrutée en tant que responsable adjointe du département de l'accès aux soins. Elle est la seule à ne pas être passée par l'accueil, son diplôme lui ayant permis d'être embauchée à un grade plus élevé. Elle a sous sa responsabilité le service expert et le service AME. Elle est d'ailleurs la seule qui cherche et trouve une évolution de carrière en dehors de la Caisse des Champs et en dehors de l'accès aux droits : après avoir tenté sa chance à la Caisse nationale en tant que responsable d'un département (sa candidature sera retenue mais elle échouera aux entretiens, finalement classée deuxième), elle quitte la Caisse des Champs en 2013 pour rejoindre une branche spécialisée de l'assurance maladie.

4.2.2.2 RETRANSCRIRE LA RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE AU NIVEAU LOCAL

Lors de leur travail de retranscription de la réglementation nationale au sein des notes d'instruction locales, les cadres expertes se retrouvent souvent obligées d'interpréter les textes pour trois raisons : donner une instruction quant aux cas particuliers, préciser des conditions non explicites et trancher entre des textes qui se contredisent. Cet exercice d'interprétation et d'arbitrage peut également avoir lieu à la suite de demandes d'agents du service AME ou du guichet.

Cas particuliers et conditions non explicites

Comme toute réglementation, les instructions de la Caisse nationale ne s'attardent généralement pas sur les cas particuliers qui émergent dans la pratique et n'entrent pas dans les options prévues par les textes, soit parce que ses agents partent du principe que le droit doit rester général, soit parce qu'ils n'ont pas imaginé ces situations. Les agents du service AME font ainsi souvent face à des cas particuliers qui n'ont pas été prévus par la CNAMTS. Deux cas particuliers posent un problème d'interprétation à la caisse des Champs au moment de l'enquête : celui des mineurs isolés (qui vivent seuls, sans famille, en France) et celui des mineurs qui sont eux-mêmes parents. Selon la réglementation de l'Assurance maladie, bien que les mineurs ne puissent être considérés en situation irrégulière en France, ils sont tout de

même rattachés à l'AME de leurs parents⁷⁷. Mais il n'a pas été prévu que des mineurs puissent vivre en France sans leurs parents ou en étant eux-mêmes parents : comment rattacher les enfants dans ces cas-là ? Ces questions se posent de manière récurrente aux agents de la caisse des Champs mais également aux assistantes sociales hospitalières qui ne savent pas comment prendre en charge les grossesses, accouchements et soins, et qui font alors pression sur la caisse pour obtenir une réponse.

Un cas pose problème à Nora : en décembre, l'enfant de deux Roumains de quinze et seize ans a été hospitalisé. Un dossier pour soins urgents et vitaux a donc été rempli. Nora ne sait pas quoi faire : le bébé pourrait avoir l'AME, mais le problème est que ses parents sont mineurs. D'après Corine, il faut avoir dix-huit ans pour faire une demande d'AME, ils ne peuvent donc pas en déposer. Autre problème : les mineurs ne peuvent plus dépendre des soins urgents et vitaux puisqu'ils sont supposés être pris en charge sur le compte de leur parent dès leur arrivée en France. Mais cela ne peut pas s'appliquer aux enfants de parents mineurs ou aux mineurs isolés. Après discussions et hésitations, Corine décide d'attribuer une AME de six mois aux trois (les deux parents et le bébé). Normalement, lors d'une décision exceptionnelle comme celle-là, elle délivre une attestation d'AME d'une durée de trois mois aux mineurs sans parents ou enfants de mineurs mais, un trimestre s'étant déjà écoulé depuis l'hospitalisation, ne leur accorder qu'une couverture pour trois mois reviendrait alors à devoir immédiatement réétudier leur dossier. Elle explique qu'elle va soumettre la question à la CNAMTS, mais qu'en attendant, tous les trois mois ils renouvelleront l'AME des mineurs isolés ou enfants de mineurs. (Journal de terrain, 12.03.09).

Les responsables du département de l'accès aux soins sont ainsi souvent obligées de décider d'une application provisoire pour pouvoir traiter les dossiers en attente et répondre aux demandes des partenaires sociaux. Elles doivent interpréter les textes car ces derniers, peu explicites, sont inapplicables en l'état, certaines conditions étant parfois non détaillées. Par exemple, un problème se pose à propos des ressources à prendre en compte dans l'étude des dossiers d'AME. Ne travaillant généralement pas, ou avec de faux papiers, ou encore de manière dissimulée, les demandeurs ne déclarent souvent aucune ressource personnelle mais font seulement état d'aides financières provenant d'amis ou de leur famille, sans en préciser

77 Point CMU n°69 du 15.11.06 de la CNAMTS.

l'origine exacte⁷⁸. Or, la réglementation veut que le soutien financier apporté par les pères, mères et enfants en situation régulière ne soit pas intégré dans le calcul du montant des ressources parce que ces derniers sont des obligés alimentaires⁷⁹, c'est-à-dire qu'une récupération des montants engagés par les caisses pour les frais de santé peut être faite auprès d'eux⁸⁰. L'aide provenant de cousins ou d'amis est par contre comptabilisée dans le calcul du montant des ressources. Les demandeurs ne connaissant pas ces spécificités, ils ne précisent pas l'origine de l'aide, ce qui peut alors poser des problèmes d'interprétation aux agents :

Nora se demande quels revenus prendre en compte quand les personnes déclarent l'argent donné par des proches en indiquant seulement : « aide de la famille ». Pour Nora, le terme « famille » est trop vague : on ne sait pas si l'aide provient d'un obligé alimentaire (et ne doit donc pas être prise en compte) ou d'un cousin ou autre (et doit être comptabilisée). Nora se questionne sur ce point parce que la case « membres de votre famille, en situation régulière, habitant en France (père, mère, conjoint, enfants) » du formulaire AME (cf. annexe n°1) est rarement complétée. Selon elle, si elle l'était, cela signifierait que l'argent ne doit pas être pris en compte car il peut venir d'un obligé alimentaire. Dans le cas où elle serait barrée, on pourrait en déduire qu'il n'y a pas d'obligés alimentaires et que les ressources doivent être comptabilisées. Elle trouve que : « *La lettre-réseau n'est pas claire. Un mot peut en signifier trois et le contraire et l'inverse* ». (Journal de terrain, service AME, 26.02.09).

Ce ne sont ainsi pas forcément les règles basiques (justification de l'identité, de la stabilité et des ressources) qui posent problème mais toutes les petites subtilités qui viennent s'ajouter et ce, notamment, suite à l'évolution de la législation ainsi que le recours aux circulaires, qui tendent à créer une réglementation diffuse.

78 Ils indiquent simplement dans la case « nature des ressources » : « aide de la famille » ou « aide de la communauté ».

79 L'obligation alimentaire est l'obligation légale de subvenir aux besoins matériels vitaux (et notamment financiers) d'un membre de sa famille, elle engage les parents en ligne directe (ascendant et descendant) ainsi que les époux.

80 L'AME étant une aide sociale, l'Etat peut mettre en place une « récupération » auprès des obligés alimentaires. Il peut réclamer à ces derniers, selon leurs moyens, de rembourser tout ou partie de l'aide octroyée à la personne, soit ici : les remboursements d'hospitalisations, médicaments, visites médicales pris en charge au titre de l'AME.

Des sources réglementaires contradictoires

L'AME est régie par un arsenal réglementaire imposant composé de textes de lois et de réglementation interne. Cette multitude de sources ne facilite pas la tâche des cadres expertes, les textes n'allant pas toujours dans le même sens, voire étant parfois totalement opposés.

Béatrice a vu deux informations contradictoires quant à l'affiliation à la CMU-C des enfants mahorais. Elle demande à Corine son avis : « *Oh là là, ils me souïlent, ils n'ont qu'à retourner dans leur île !* » répond cette dernière en plaisantant. Puis elle rit et dit qu'elle est « *méchante* ». Elle ne comprend pas non plus la marche à suivre : selon la *lettre-réseau* de la CNAMTS, les jeunes de moins de 20 ans dépendent de la France métropolitaine, mais pour la circulaire de la Caisse de Mayotte : les mineurs sont ayants droit de leurs parents à Mayotte. (Journal de terrain, 10.06.08).

Les textes contradictoires ne proviennent pas toujours de deux institutions distinctes, comme ici ⁸¹, mais peuvent être représentatifs aussi de la valse-hésitation qui caractérise les politiques sociales et migratoires entre accueil, respect des textes internationaux, contrôle et exclusion des migrants. Ne servant pas directement les mêmes intérêts ou n'étant pas appliquées de la même manière, elles peuvent se contredire et annuler leurs effets respectifs. C'est le cas notamment à propos des citoyens européens. Selon la circulaire du 23 novembre 2007 (cf. chapitre six), les citoyens européens qui n'exercent pas d'activité professionnelle et n'ont ni ressources suffisantes, ni assurance maladie sont considérés en situation irrégulière et ne peuvent bénéficier de la CMU. Cette réglementation est d'autant plus complexe à interpréter (et, ce, notamment pour définir l'irrégularité) qu'elle entre en opposition avec d'autres dispositifs, tels que le contrat d'accueil et d'intégration (CAI⁸²). Ce dernier contractualise un engagement entre l'Etat et un étranger : pour qu'il soit signé, la personne doit être en situation régulière. Le CAI peut ainsi être perçu comme une preuve de régularité. Mais qu'en est-il lorsqu'il a été signé par un citoyen européen qui est « inactif » ? Peut-il prévaloir sur les critères de ressources suffisantes et d'assurance maladie ? Quelle règle prime dans ces cas-là ?

81 Mayotte n'étant à l'époque pas encore un département d'Outre-mer, elle est soumise à une législation spécifique en matière de Sécurité sociale. Même si Mayotte devient un département d'Outre-mer (DOM) le 31 mars 2011, et que l'AME et la CMU s'appliquent dans les autres DOM, Mayotte reste un département d'exception : l'AME et la CMU n'y ont pas été mises en place. Pour plus d'informations sur les difficultés d'accès aux soins à Mayotte, le lecteur peut se reporter aux travaux de Barbara Sester (2014) et de Juliette Sakoyan (2006).

82 Le Contrat d'accueil et d'intégration (CAI) est mis en place à partir du 1er janvier 2007 (institué par la loi du 24 janvier 2006). Il concerne les étrangers arrivés en France de manière légale (conjointes de Français, regroupement familial, travailleurs ayant un contrat longue durée et réfugiés) ainsi que ceux qui obtiennent une première carte de séjour (Gourdeau, 2014).

Face à un dossier de ressortissants roumains inactifs mais sous CAI, le service expert ne sait que faire. La Préfecture a insisté auprès de la Caisse pour que les personnes sous CAI aient un accès aux droits sociaux et notamment à la CMU. Cependant, si elles sont considérées en situation irrégulière puisque inactives, elles doivent plutôt dépendre de l'AME. Le service expert a envoyé un mail à la CNAMTS à ce propos. Cette dernière leur a répondu que comme le CAI est obligatoire, ce n'est pas une preuve de régularité, mais une obligation, et elle leur dit de se référer à la lettre-réseau sur les « ressortissants communautaires inactifs ». Or ce texte ne traite absolument pas du cas des personnes ayant signé un CAI. (Journal de terrain, 14.05.08).

Les contradictions peuvent également être le fait de deux services concurrentiels. L'existence au sein d'une même caisse de deux services de réglementation – le service général et le service expert – est ainsi source de complications, le service de réglementation générale pouvant émettre de mauvaises instructions en matière de CMU ou d'AME en appliquant à ces domaines particuliers des règles générales de l'assurance maladie.

Avoir écarté la réglementation en matière de CMU et d'AME au sein d'un service spécialisé peut ainsi être problématique. Distinguer ces personnes dans des prestations particulières entraîne plus de risques d'erreur de droit que s'il y avait une seule et même législation applicable pour tous. Plus on distingue de catégories, plus le travail de tri devient complexe, la réglementation fournie, et le risque d'erreur important. Plus il y a de textes et de sources de régulation, plus il y a de possibilités d'interprétation également.

Les nombreuses réformes de l'AME peuvent aussi ajouter à la confusion. A chacune d'entre elles, la Caisse nationale publie une nouvelle *Lettre-Réseau* que le service expert traduit dans une nouvelle note d'instruction, mais qui porte uniquement sur le point précis modifié (tout comme la *Lettre-Réseau*) : une note sur les enfants mineurs, une sur les ressortissants communautaires inactifs, une encore sur les outils de l'entretien AME, etc. Des précisions viennent ainsi s'ajouter à l'empilement de règles sans forcément reprendre les anciennes instructions : la réglementation est ainsi éparpillée dans de nombreux textes qui peuvent être contradictoires parce qu'ils n'ont pas tous été mis à jour.

En effet, le service expert ayant été amputé d'un agent, le nombre de réformes devenant chaque jour plus imposant, et la charge de travail en matière d'études statistiques augmentant sans cesse, les cadres expertes n'ont pas toujours le temps de les revoir tous : la note d'instruction sur l'AME n'a, par exemple, pas été mise à jour pendant trois ans. Ainsi, il n'y a pas une réglementation générale modifiée et accessible à tous, mais un empilement de notes

d’instruction qui viennent préciser les nouveautés et expliquer ce que la réforme a changé sur un point précis. On trouve ainsi des notes spécifiques sur « les outils de l’entretien AME », une autre sur « la CMU de base », une autre sur « l’aide médicale d’Etat », une autre sur les ressortissants communautaires et non pas un texte général qui reprendrait tout et développerait point par point les exceptions. Or, plus il y a de textes en cours, plus il y a de possibilités d’interprétation.

4.2.3 UNE ACTIVITÉ NON PRÉVUE

Les cas particuliers, les conditions peu explicites, les directives contradictoires, mais aussi l’organisation des caisses, la distinction entre la CMU et l’AME, la spécialisation des services et la démultiplication des catégories juridico-administratives (mineurs parents, mineurs isolés, communautaires inactifs) obligent donc, dans la pratique, les responsables à interpréter fréquemment les textes, ce qui n’est pas prévu dans le fonctionnement de l’Assurance maladie et l’organisation du travail puisque l’administration ne reconnaît pas un pouvoir d’interprétation à ces agents, mais seulement une activité de qualification. Les modifications sont par conséquent plus difficiles à instaurer, les outils n’étant pas prévus pour, et les agents non formés à cela.

La division hiérarchique du travail n’autorise pas les responsables du département de l’accès aux soins à décider de l’interprétation à faire d’un cas particulier ou de textes contradictoires. Les responsables doivent normalement contacter la Caisse nationale avant d’agir⁸³. Cette procédure est cependant difficile à respecter dans la pratique, car la CNAMTS, qui attend elle-même des indications du ministère, peut mettre plusieurs mois à leur répondre. Face à ce silence, la caisse primaire ne peut faire patienter usagers et hôpitaux pendant des mois : les dossiers en attente augmentent et les demandeurs et acteurs extérieurs (associations de défense des étrangers et assistantes sociales) réclament des réponses, accentuant la pression sur les agents. Faute de décision rapide de la Caisse nationale, la CPAM est ainsi bien souvent obligée de se positionner en optant pour une interprétation. Certaines dispositions réglementaires dissuadent d’ailleurs les caisses de prolonger l’instruction trop longtemps : une demande de CMU-C fait l’objet, en cas de non réponse de la caisse dans un délai de deux mois après réception du dossier complet, d’un accord implicite : la CMU-C est alors octroyée d’office, que la personne remplisse ou non les conditions.

83 Les CPAM n’ont par exemple pas le droit d’appliquer un décret ou une circulaire si la CNAMTS ne leur a pas expliqué, via une Lettre-Réseau ou un Point CMU, le sens et l’esprit selon lesquels interpréter cette modification (Gabarro, 2012).

Marielle vient consulter le service expert. Elle est toujours ennuyée avec les demandes de CMU-C des étudiants communautaires. Les dossiers ont été mis en instance en attendant la publication de la note d'instruction, mais cela a tellement traîné que certaines demandes ont dépassé le délai de traitement de deux mois. Elles devraient donc normalement donner lieu à des accords implicites même si on estime que les étudiants ne devraient pas pouvoir bénéficier de la CMU-C car ils sont inactifs. Elle demande l'avis de Corine qui est présente dans le bureau. Cette dernière répond : « *Si on leur fait un refus, les étudiants vont pouvoir le contester et obtenir raison puisque le délai de deux mois est dépassé. Il va falloir leur accorder car la Sécu est en tort* ». Elle conseille alors à Marielle de traiter en priorité les dossiers qui sont là depuis moins de deux mois et sur lesquels elles peuvent encore agir, puis de voir avec Nadine pour les autres. (Journal de terrain, 18.04.08).

L'organisation du travail dans la caisse accentue également les difficultés pour effectuer des arbitrages. Autant les agents instructeurs peuvent se rendre au service expert quand ils ont une question, autant le personnel de ce service arrive difficilement à en parler avec les responsables du département. Aucune réunion n'a lieu à ce niveau hiérarchique (mis à part les entretiens d'évaluation) et les cadres expertes se rendent rarement dans les bureaux des responsables, pourtant situés juste à côté, préférant attendre finalement qu'elles viennent pour leur soumettre leurs difficultés. Les contacts sont pourtant constants puisque les responsables viennent prendre leur café et discuter au service expert, mais aucun lieu de discussion professionnel n'est prévu. Les échanges autour de l'interprétation à faire d'une note se font ainsi au département d'accès aux soins au gré d'une pause-café ou au détour d'un couloir. Suivant l'analyse d'Isabelle Sayn (2005), on peut faire l'hypothèse que ce manque de réunion s'explique par le fait que l'activité d'interprétation des agents n'est pas reconnue par l'administration. Prévoir des lieux de discussions reviendrait ainsi à officialiser ce travail.

Face aux interrogations des agents, les responsables décident alors au cas par cas, repoussant une interprétation définitive à plus tard. N'étant pas légalement autorisées à établir de leur propre chef une réglementation, elles recourent aux règles orales et provisoires. Elles les investissent d'autant plus qu'elles n'osent appeler la CNAMTS systématiquement de peur de passer pour des incompetentes. En tant que responsables de service, elles doivent faire preuve d'initiatives et d'autonomie.

A propos de la décision concernant les obligés alimentaires, quand je demande à Nora et Martine pourquoi elles ne contactent pas la CNAMTS pour savoir quoi faire, cette dernière réplique : « *Pour qu'ils nous répondent dans un an !* », puis

ajoute qu'il ne faut pas non plus les appeler pour tout. (Journal de terrain, 26.02.09).

La CNAMTS étant leur supérieure hiérarchique, il est important de lui donner une bonne image, d'autant plus que cette instance et ses acteurs sont vus comme plus prestigieux car plus proches du pouvoir. Nadine et Corine participent, de plus, à de nombreuses réunions avec le service CMU-AME de la Caisse nationale, celui-là même à qui il faudrait poser toutes ces questions. Ces réunions leur permettent de faire valoir leur voix et celle de leur département auprès de la Caisse nationale et du ministère, mais aussi d'effectuer des missions pilotes telles que la mise en place du titre d'AME avec photographie ou d'un examen de santé spécifique pour les bénéficiaires de cette prestation. Il est ainsi important de garder une bonne réputation auprès de cette institution. Le fonctionnement même de l'institution, l'invisibilisation de l'activité d'interprétation et les rapports entre services et administrations rendent au final le processus de décision difficile.

Les gestionnaires de dossiers et de clientèle disposent ainsi toujours d'un espace décisionnel, étant bien obligés de trancher des situations et de les retraduire dans les catégories administratives de la caisse pour pouvoir effectuer leur travail d'ouverture de droits. Ils ne peuvent sans cesse s'en remettre à leurs supérieurs hiérarchiques. Les interprétations mises en place par le service expert réduisent leur espace de décision mais ne l'annulent pas pour autant. Les arbitrages laissent, ici aussi, systématiquement des zones de flou non définies. Il y aura toujours un cas qui n'a pas été pris en compte et qui ne peut pas s'ancrer dans les catégories administratives ou les situations particulières déjà relevées. Ensuite, la profusion des outils de réglementation peut mener à des interprétations contraires obligeant alors les agents à trancher à leur niveau également. Les mécanismes qui conduisaient les cadres expertes à interpréter les textes se répètent finalement ici : cas particuliers non prévus, conditions non explicites et sources contradictoires. Malgré leur travail, les cadres expertes et les responsables ne peuvent pas, en effet, enlever toute ambiguïté ou possibilité d'interprétation. N'ayant jamais travaillé au service AME, elles ignorent les particularités et les difficultés qu'on peut y rencontrer. La spécialisation des tâches, le maintien des agents du service expert à l'écart de ceux du service AME et le peu de communication qui en découle (ils ne connaissent ainsi pas forcément leurs prénoms respectifs ni leurs fonctions) accentuent encore ce fossé. Les agents instructeurs et guichetiers ne peuvent prendre le temps à chaque fois qu'ils ont un doute de se rendre ou d'appeler le service expert. Face à un usager qui attend une réponse ou un conseil, le guichetier est bien obligé de se positionner.

4.2.4 UN DEVOIR DE NEUTRALITÉ AU CŒUR DE LEUR IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

L'interprétation est ainsi inhérente au travail de qualification. Elle constitue le quotidien des guichetiers, gestionnaires de dossiers, référents, contrôleurs, cadres experts ou responsables. Cette activité n'est cependant pas reconnue en tant que telle par l'ensemble de ces agents. Tous évoquent « la règle », certains parlent des difficultés à l'appliquer, mais très peu admettent pour autant, ou alors à demi-mot, qu'elle peut avoir des conséquences sur le service rendu et l'égalité de traitement.

Lors de mon premier jour au centre du Parc, je rencontre Mariama, une guichetière. Elle trouve que *« faire une thèse sur l'AME, c'est très vaste. Les pratiques ne sont pas les mêmes en fonction des départements. Avant je vivais dans un autre département et ils y traitaient des demandes d'AME en une semaine alors qu'ici c'est beaucoup plus long. Dans le département des Lys aussi, ils peuvent traiter des demandes dans les hôpitaux en une seule journée »*. Je surenchéris : *« Les dossiers ne sont pas traités de la même façon aussi au sein des départements, en fonction des agents »*. Au début elle nie avec la tête puis me dit, sur le ton de la confiance, comme si elle avouait quelque chose : *« C'est vrai même si je ne dois pas dire ça, mais tu n'as pas tort »*. (Journal de terrain, Centre du Parc, 10.03.10).

A travers ces propos *« même si je ne dois pas dire ça »*, Mariama exprime le fait que leur marge de manœuvre, bien que réellement expérimentée, n'est pas dicible. Au contraire, elle est niée, car taboue. En effet, reconnaître que les agents ont une marge de manœuvre va à l'encontre de l'un des fondements du service public et de leur métier : celui de l'égalité de traitement (Weller, 1999). Comme le rappelle Françoise Dreyfus, *« les personnes relevant d'une même catégorie doivent se voir appliquer les mêmes règles et [...] seules les différences de situations juridiques justifient un traitement différent »* (2007 : 252). C'est ce principe qui fonde la légitimité des administrations publiques et de leurs agents. Leur identité professionnelle est basée dessus : assurer une mission de service public équivaut à ne pas juger les usagers, à ne pas avoir d'a priori sur eux, et surtout à ne pas en tenir compte dans le cadre de l'interaction ou de l'instruction du dossier. Leurs opinions personnelles ou politiques ne doivent pas interférer dans leurs relations avec les usagers ou lors de l'instruction d'un dossier.

Martine et Béatrice me parlent de l'attitude des agents d'accueil vis-à-vis des demandeurs de la CMU-C ou de l'AME. Martine raconte que certains agents vont réclamer plusieurs fois différents papiers, faisant traîner les démarches car ils

s'opposent à cette prestation et n'aiment pas le public qu'elle brasse : « *Il y en a qui font durer le plaisir...* » résume-t-elle avant d'expliquer : « *Dans les centres, ce n'est plus comme avant. L'accueil comme nous on faisait, c'est fini. Il y en a qui réclament des pièces en plus parce que le demandeur est de telle...nationalité* ». Elle continue, condamnant ces pratiques : « *Qu'il soit jaune, vert ou rouge, j'en ai rien à faire : c'est un assuré ! A l'accueil tu traites tous les dossiers de la même manière. Tu regardes s'il y a un droit ou s'il n'y en a pas. Tes opinions, tu les laisses dehors ! Il y en a qui font trop leur travail avec leurs opinions. Il y a beaucoup de préjugés. Les filles de l'accueil sont toujours à dire : « Elle demande la CMU, mais tu as vu toutes les bagues qu'elle a ?! ». Mais ta vie elle peut changer du jour au lendemain. Les bijoux, c'est peut-être des cadeaux. Les agents n'aiment pas faire l'accueil. Depuis la création de la CMU et de l'AME, ils n'aiment pas traiter ces dossiers-là car ils trouvent que ce sont des gens qui profitent* ». (Journal de terrain, 21.05.08).

Si un employé remet en cause la légitimité ou le fondement des conditions fixées, il est tout de suite rappelé à l'ordre par ses collègues. En tant que représentant de l'Etat il se doit d'être neutre et ne peut ainsi user de catégories morales ou émotionnelles dans le cadre de son travail. Ses opinions n'ont pas à interférer sur le service qu'il délivre.

A la pause-déjeuner, Marion me raconte que, vendredi, elle a eu le cas d'un homme qui partait au Portugal et voulait donc la carte européenne. Elle a consulté son régime sur l'ordinateur et s'est aperçue que cette personne venait d'obtenir la CMU-C. Elle dit qu'il est arrivé à l'accueil en se plaignant de ne pas avoir reçu de « virement ». Cela a énervé Marion qui lui a répondu : « *C'est déjà bien qu'on vous donne une mutuelle gratuite, on ne va pas vous donner des sous en plus !* ». Cela ne lui a pas plu : il s'est énervé et l'a insultée : « *Bouffonne !* ». Elle a alors répliqué qu'elle n'aimait pas les gens qui partaient à l'étranger alors qu'ils avaient la CMU depuis trois mois. La responsable adjointe du centre, présente à la cantine, intervient : « *Tu peux le penser mais tu n'as pas à le dire* », lui rappelant ainsi son devoir de réserve envers les assurés. Marion reconnaît qu'elle a eu tort : « *Je sais. C'est la première fois que je sors de mes fonctions, mais il m'avait trop énervée* ». (Centre des Tourelles, 06.04.10).

Ce devoir de réserve ne doit pas se limiter aux moments où l'agent est en rapport avec les usagers, il doit transparaître également dans les pratiques et dans la manière dont l'employé conçoit et effectue son travail.

Une personne travaillant au service de la conciliation⁸⁴ vient demander une information à propos des conditions d'obtention de la CMU-C. Nadine lui répond froidement, sans trop rentrer dans les détails. Après son départ, elle nous lance un regard entendu puis nous explique qu'elle n'aime pas cette femme car elle ne tient pas compte des textes, présentant le dossier d'une telle manière que le directeur accepte de payer les soins alors que légalement il ne devrait pas et que, du coup, les employés du département de l'accès aux droits « *passent pour des cons* ». Il est inutile de la renseigner puisque, de toute façon, elle n'appliquera pas la réglementation. Et de conclure : « *On ne fait pas du social !* ». (Journal de terrain, 20 mai 2008).

Nadine est, ici, d'autant plus fâchée contre cette personne qu'elle la met dans une position inconfortable vis-à-vis de sa hiérarchie en contestant son interprétation des textes, alors que Nadine se positionne comme appliquant à la lettre les textes, ne tombant ni dans la compassion ni dans la répression, et assure ainsi son rôle de responsable de département.

Le devoir de réserve est ainsi transmis lors de la socialisation au métier via, notamment, le contrôle et les rappels à l'ordre des collègues. Cette impartialité est un devoir et une qualité affichée, un savoir-être, mais aussi une obligation en tant que représentant de l'Etat. Il est au fondement de l'identité professionnelle des agents de l'Assurance maladie. Etre trop « social », trop compréhensif ou sensible à la cause des demandeurs revient ainsi à sortir de ses fonctions et à causer finalement du tort à la Caisse, en la « rabaisant » au statut de service social alors qu'elle a une mission bien plus prestigieuse : faire appliquer le droit.

Le devoir de réserve est ainsi évoqué par les agents pour définir l'essence même de leur métier, et ce, notamment, en le distinguant de celui des associations et des assistantes sociales. Le travail de ces derniers est dénigré par les agents de la CPAM : eux sont objectifs, ils appliquent des textes sans que leurs opinions personnelles interviennent. Ils font ainsi valoir un ethos légaliste. En revanche, ils décrivent les associations comme cherchant à contourner les règles, à utiliser les failles du droit pour arriver à leurs fins : faire en sorte que les personnes qu'ils suivent obtiennent la CMU ou l'AME même si elles ne répondent pas aux critères.

84 Une personne à qui l'on a refusé une CMU-C peut demander un réexamen de son dossier auprès du service de la conciliation.

4.3 L'ETHOS PROFESSIONNEL DES AGENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Les agents présentent ainsi le devoir de réserve comme un élément fondateur de leur identité professionnelle. Bien qu'ils puissent percevoir différemment leur métier et ne font pas toujours appel aux mêmes logiques pour l'effectuer⁸⁵, les agents de l'Assurance maladie partagent en effet une certaine définition de leur métier, mais aussi un ensemble de valeurs qui guident leur action et que l'on retrouve chez l'ensemble des agents. C'est ce que l'on appelle un ethos professionnel (Fusulier, 2011). L'ethos des agents de l'Assurance maladie repose sur deux éléments principaux que nous allons détailler ici : une mission de service public qui vise à assurer l'ouverture de droits (et qui est assurée par un devoir de neutralité) et une conception gestionnaire de la santé et des politiques sociales qui érige la lutte contre la fraude au rang de leurs missions principales.

4.3.1 DES GARANTS DE LA LOI ET DE L'OUVERTURE DES DROITS

Les agents définissent leur mission de service public à l'opposé d'une mission sociale engagée (qui est, elle, associée à des activités militantes). L'engagement dans des « causes » va en effet à l'encontre de leur ethos professionnel. Cela ne signifie pas, pour autant, qu'ils ne doivent pas effectuer un travail d'information auprès du public afin d'ouvrir un maximum de droits et de lutter contre le « non-recours »⁸⁶. Bien orienter l'utilisateur vers le bon droit pour que ce dernier ne soit pas lésé fait ainsi également partie de leur mission. Si l'agent se trompe ou fait mal son travail, ouvrant la couverture trop tard, ou à la mauvaise personne, la mission de service public n'est pas assurée. Le travail consiste donc autant à vérifier que la personne remplit bien les conditions, qu'à s'assurer qu'elle obtient bien la bonne couverture, et ce rapidement quand elle y a droit.

La manière dont Nadine présente l'action de son service auprès des assistantes sociales lors d'une réunion à la maison de santé articule bien ces deux premières dimensions de l'ethos. Cette rencontre vise à expliciter les termes du partenariat qui est alors en train d'être mis en place entre ces deux organismes⁸⁷. Dans ce cadre, les membres de la maison de santé auront un interlocuteur privé au sein de la caisse qui pourra les aider à constituer leurs dossiers d'AME et répondra à leurs interrogations. La caisse s'engage également à traiter plus rapidement les dossiers apportés par leur partenaire. En échange, ce dernier doit venir avec

85 Nous développerons ces aspects dans la troisième partie.

86 Voir la thèse d'Hélène Revil (2014) au sujet des actions menées par les CPAM et la CNAMTS pour faciliter les ouvertures de droits et limiter le « non-recours ».

87 Nous détaillerons plus amplement le recours et le fonctionnement des partenariats dans le chapitre 7.

des dossiers bien complétés. Dans ce but, Nadine leur explique les conditions d'obtention de l'AME et la manière de présenter les dossiers. A travers sa présentation et ses réflexions, on retrouve l'importance de la posture légaliste et de la mission de service public dans la manière dont elle définit sa mission. Elle cherche à leur transmettre cet ethos pour s'assurer que les tâches que la Caisse souhaite leur sous-traiter en partie (cf. chapitre 7) seront menées comme elle l'entend.

Lors de la présentation de la CMU-C, un assistant social demande comment est calculé le forfait logement⁸⁸, expliquant ses difficultés à savoir si les personnes sont en dessous ou au-dessus du plafond ressources : « *Parfois, on fait le calcul, on pense que c'est bon et en fait cela ne va pas* ». Nadine lui répond : « *Ne vous censurez pas. On ne sait jamais. Et puis, même s'ils ont un refus pour la CMU-C, ils auront peut-être droit à autre chose. C'est votre sens social qui doit parler* ». Puis, elle précise que ce ne sont pas les mêmes périodes de ressources qui sont prises en compte pour la base et la complémentaire. Pour la première, c'est l'année fiscale, alors que pour la seconde ce sont les douze derniers mois filants. Elle commente : « *C'est mal fait car une personne aisée au moment de sa demande peut y avoir accès, alors que ceux qui sont dépourvus à ce moment-là, alors qu'ils avaient des revenus avant, peuvent ne rien obtenir. Si l'on prenait les ressources sur les six derniers mois ce serait plus représentatif, même si, même avec six mois de travail, ça peut être foutu* ». Une personne intervient : « *C'est injuste* ». Nadine la reprend sur un ton sec : « *Pourquoi injuste ? Il faut bien que le législateur fixe des règles* ». Puis, elle leur suggère dans ce cas de décaler la demande d'un mois : il se peut que la personne ait travaillé beaucoup les six premiers mois et se soit retrouvée au chômage après, or si son dossier dépasse un peu le plafond ressources, le décaler d'un mois ou faire une demande plus tard peut donner lieu à un accord. (Journal de terrain, 02.06.09).

En tant que représentante de l'institution elle ne peut laisser passer des critiques sur la caisse et les lois qu'elle applique. Elle défend son administration : il est normal que le législateur fixe des règles et que les agents les suivent. Elle peut admettre que les choses sont mal faites, peu pratiques mais pas « injustes », car alors, selon elle, on se retrouve sur un autre terrain : celui de l'idéologie et elle ne veut pas entrer dans ce débat en tant que responsable du département de l'accès aux soins et garante de la loi. Elle ne s'autorise ainsi, dans ce cadre,

88 La réglementation estime en effet que le fait d'être hébergé à titre gratuit procure des avantages en nature qui doivent être calculés financièrement et ajoutés aux ressources. Un « forfait logement » est ainsi imputé à tout demandeur de la CMU-C ou de l'AME qui déclare être hébergé gratuitement. Il était de cinquante-deux euros et quatre-vingt-dix centimes mensuels en 2009.

que des réflexions techniques et encourage les autres à exercer leur mission sociale, les renvoyant en quelque sorte à leurs responsabilités. La sienne est de faire respecter la bonne application du droit, de faire tourner son service et d'obtenir des acteurs extérieurs de bons dossiers pour faciliter le travail de ses agents.

Un peu plus tard, lorsqu'elle présente l'AME, un monsieur demande : « *Y a-t-il un ordre de préférence concernant les justificatifs de stabilité ? Parce que certaines personnes qui constituent les dossiers disent qu'elles préfèrent un justificatif plutôt qu'un autre* ». Nadine, estimant que les dossiers risquent ensuite d'être optimisés, répond à côté : « *On est là pour favoriser mais aussi pour faire respecter la loi. L'Assurance maladie a le devoir de faire attention à la fraude* ». Puis, quand une directrice de la protection maternelle et infantile (PMI) demande s'il y a un montant de ressources minimum à indiquer sur les dossiers d'AME, elle réplique, sévère : « *Comment cela ? Vous faites des faux ?* » et justifie sa réaction en ajoutant : « *Ce n'est pas de l'inquisition mais c'est une question de logique* ». Elle raconte que dernièrement, participant à une réunion avec des assistantes sociales, leur chef leur avait dit : « *Vous voyez, il ne faut jamais mettre de ressources supérieures au plafond* ». Elle était furieuse et l'a sermonnée, lui disant qu'elle ne devait pas donner ce genre d'instruction au sein de la Caisse et que si elle voulait le faire, elle n'avait qu'à le faire après. (Journal de terrain, 02.06.09).

En tant que représentante de l'Assurance maladie, Nadine ne veut être ni témoin ni complice de ce genre de pratiques qu'elle estime « frauduleuses », même si elle sait pertinemment qu'elles existent et que le système les permet. Bien que non fonctionnaires mais de statut apparenté, les salariés des CPAM se définissent ainsi comme des agents de l'Etat dont l'objectif est de faire respecter la loi, c'est-à-dire d'accorder une couverture maladie aux personnes dans les conditions qui ont été fixées par le ministère.

Nadine oscille ainsi entre ces deux points de tension : d'un côté elle encourage les autres acteurs à développer leur fibre sociale et à trouver des solutions pour ouvrir effectivement des droits, de l'autre elle les rappelle à l'ordre quand ils adoptent une posture morale. En tant que responsable d'un département « d'accès aux droits », son objectif est que la population soit majoritairement couverte contre le risque maladie. Elle leur donne des combines légales dans ce sens et les incite à bien envoyer toute demande de CMU-C, même si elles pensent que les patients n'y auront pas droit. Elle leur rappelle, à ce propos, que même si l'utilisateur dépasse le plafond de ressources de la CMU-C, le fait d'avoir envoyé la demande pourra lui permettre

quand même d'obtenir l'ACS ou d'autres prestations : l'agent, voyant que le demandeur dépasse de peu le plafond, lui enverra un formulaire d'ACS à remplir.

Quand elle s'aperçoit que les assistantes sociales ne connaissent pas l'ACS, elle s'exclame : « *Il faut que vous soyez au courant ! C'est à vous de faire le relais* », distinguant bien leur rôle du sien : le sens social qui est la perspective dans laquelle sont placés les agents de la caisse, notamment ceux du département de l'accès aux soins, et la « mission sociale », des travailleurs sociaux.

A travers ces rencontres, les responsables du département de l'accès aux soins rappellent également le rôle de chacun dans la coopération qui se met en place et qui devrait être, selon elles, le modèle de toute relation entre la Caisse et les travailleurs sociaux ou les associations. Les partenaires sont ainsi vus comme des relais qui doivent permettre à la CPAM d'assurer sa mission de service public, en diffusant des informations autour des prestations existantes dans des circuits et auprès des populations auxquelles la CPAM n'a pas accès. Mais leur rôle s'arrête là, le travail d'instruction et de décision est celui des agents de l'Assurance maladie. Les travailleurs sociaux ou membres des associations n'ont donc pas à supposer que le dossier ne passera pas et doivent laisser cette tâche aux agents. Les responsables replacent ainsi les compétences de chacun : le réglementaire et le décisionnaire appartiennent à la caisse. C'est sans doute également une manière de contrebalancer le rôle d'expert juridique qu'investissent les associations, notamment celles qui défendent la cause des étrangers (Israël, 2003 ; Pette, 2014), et qui conseillent parfois les assistantes sociales, ce qui peut les pousser à intervenir dans le travail des agents et à contester les décisions qu'ils prennent sur le fondement du droit.

4.3.2 LES GARDIENS DU SYSTÈME SOCIAL FRANÇAIS

Cette mission d'ouverture de droits semble toutefois, à première vue, pondérée par un autre élément structurant de l'ethos professionnel des agents de l'assurance maladie : le fait de présenter leur travail également comme une mission de lutte contre la fraude. Cette conception de leur rôle qui semble s'être accrue depuis plusieurs années, s'explique par l'évolution de la perception dominante des politiques sociales et de santé en France. Ces dernières sont désormais plus appréhendées comme des coûts qu'il faut maîtriser au risque de voir l'ensemble du système social s'effondrer.

4.3.2.1 UNE CONCEPTION GESTIONNAIRE DU SOCIAL

Cette manière d’appréhender les « dépenses » sociales s’est diffusée via un ensemble de règles et de pratiques au sein des organismes sociaux à partir des années 1990 mais aussi en dehors, dès les années 1980 (cf. chapitre 1). Les discours politiques et médiatiques autour du « trou de la Sécu » (Duval, 2002, 2007) appellent alors les citoyens à adopter une attitude « responsable » en diminuant leurs dépenses de santé. On les y incite également de manière réglementaire : le dispositif de médecin traitant mis en place en 2004⁸⁹ vise ainsi à « responsabiliser » les patients en évitant qu’ils se rendent directement chez un spécialiste (dont la consultation coûte plus cher) ou qu’ils consultent plusieurs médecins, gratuitement, pour avoir un avis complémentaire. La prise en charge de la santé étant présentée comme très coûteuse, il est normal que chacun en prenne sa part à la fois en diminuant sa consommation, mais aussi en participant personnellement au paiement de ses soins avec la mise en place des franchises médicales.

Les agents des CPAM sont doublement touchés par ces discours : ils doivent d’une part, en tant que citoyens, limiter leurs dépenses personnelles et, d’autre part, en tant que salariés de la CPAM, redoubler de vigilance face aux demandeurs. Selon eux, les couvertures non contributives sont financées avant tout par les deniers publics. En tant qu’agents du service public représentant les intérêts de chacun et de l’Etat, ils doivent par conséquent veiller à ce que cet argent ne soit attribué qu’aux personnes qui remplissent véritablement les conditions pour pouvoir en bénéficier, et dans les bonnes proportions : elles ne doivent recevoir ni plus ni moins que ce qui leur est dû.

La méfiance est inhérente à toute institution de service public : chacune soupçonne ses usagers de chercher à obtenir plus que ce à quoi ils ont droit : payer moins d’impôts, obtenir un meilleur taux de remboursement ou d’indemnités. Les soupçons à l’égard des assurés sociaux existent d’ailleurs depuis la création de la Sécurité sociale comme en atteste le témoignage de Charles-Armand Klein (1976).

Le développement des prestations ciblées ne peut néanmoins qu’accroître ces pratiques de contrôle, et le soupçon qui va avec. Le fait de rompre avec le principe d’universalité, rend en effet la fraude possible. Lorsque les aides sont accordées à tous, mensonges et omissions sont inutiles : tout le monde bénéficie des mêmes prestations. Par contre, dès lors qu’on met en place une condition, un barème de ressources par exemple, on crée une frontière entre des groupes de personnes. Celles qui ne remplissent pas la condition mais qui ont besoin de cette aide pour s’en sortir peuvent alors recourir à ce que Sandrine Garcia (1997) a qualifié de

89 Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie.

fraude forcée, c'est-à-dire négliger sciemment de déclarer certaines ressources afin de remplir les conditions pour toucher cette aide qui leur est nécessaire, qu'il s'agisse d'un revenu ou d'une prestation comme une couverture maladie.

Le développement des prestations ciblées déclenche ainsi une augmentation du « risque » de fraude, mais aussi une hausse des contrôles au sein des administrations. Les agents doivent vérifier plus d'éléments qu'auparavant : les ressources, l'incapacité, l'isolement, l'âge, etc. Les agents de l'Assurance maladie qui liquidait auparavant des droits en calculant des indemnités, ont désormais, avec la mise en place de la CMU et de l'AME, un « pouvoir d'attribution ». Ils ne sont plus de simples exécutants mais décident, au vu de critères légaux, de délivrer ou non la prestation. L'agent devient alors contrôleur et instructeur. Il veille dorénavant au respect de conditions (ressources, résidence, régularité) qu'il doit lui-même vérifier et interpréter. Les nouveautés mises en place par la CMU, c'est-à-dire les règles de simplification administrative, augmentent les questionnements. Ce n'est plus en effet au demandeur de prouver qu'il n'a pas déjà une autre couverture maladie pour bénéficier de la CMU de base mais à la caisse de faire ces recherches. Par ailleurs, quand l'utilisateur ne peut prouver son identité ou ses ressources, une simple déclaration sur l'honneur peut suffire. Tout cela va à l'encontre des précédentes règles d'usage en matière d'assurance maladie. Les agents vivent ainsi une double révolution qui peut les inciter à la méfiance. Ces nouvelles prestations font entrer les logiques de l'assistance dans l'Assurance maladie, ce qui constitue un « véritable virage culturel » pour les agents (Frotiée, 2004 : 122). Les mécanismes qui étaient reprochés à l'assistance, soit l'arbitraire et le contrôle trop important, se multiplient alors au sein des organismes de Sécurité sociale, le « droit à » la prestation devenant moins évident.

4.3.2.2 L'INSTITUTIONNALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les soupçons vis-à-vis des usagers se font d'autant plus importants qu'à partir du milieu des années 1990, la fraude sociale est érigée au rang de « problème public ». Elle fait l'objet d'une dénonciation politique et d'un traitement institutionnel (Dubois, 2012). Les différentes administrations publiques prennent alors des mesures visibles pour lutter contre : des rapports sont commandés⁹⁰ et des instances de contrôle⁹¹ créées. L'Assurance maladie joue alors un

90 Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) : « Rapport d'enquête sur les causes de la croissance du nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion », février 1995.

91 Un Comité nationale de lutte contre la fraude en matière de protection sociale est instauré en 2006 ainsi qu'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude en 2008.

rôle moteur en communiquant particulièrement sur ce sujet : en 2006, plus de 200 articles concernant ses actions en la matière sont publiés (Spire, 2012).

Au sein des caisses d'Assurance maladie, des outils sont développés pour limiter les fraudes et s'assurer que les agents vérifient bien les dossiers. L'informatisation des tâches et des dossiers accroît également ces possibilités. A la suite des préconisations du rapport de l'IGAS et de l'IGS sur le revenu minimum d'insertion de 1995, les administrations partagent désormais leurs informations afin de vérifier l'exactitude des déclarations. A partir de 2007, l'Assurance maladie et le fisc expérimentent ainsi l'échange de données sur les demandeurs de la couverture maladie (Spire, 2012). Les agents des CPAM peuvent également se connecter à CAFPRO, le logiciel de la caisse d'allocations familiales, pour consulter le montant des allocations sociales perçues par les demandeurs, afin de vérifier leurs déclarations, mettant alors en place un « contrôle par capillarité » (Spire, 2012).

Dans la même idée, la Caisse nationale a conçu la fiche « entretien AME », pour permettre aux agents d'évaluer le véritable montant des ressources des demandeurs, et a mis en place des courriers de refus pour « incohérences des ressources ». Ils sont délivrés quand le montant évalué des dépenses dépasse celui des ressources ou lorsqu'une facture d'électricité, de gaz, d'eau, une quittance de loyer ou un justificatif de versement à l'étranger est supérieur aux ressources déclarées. Ces outils de contrôle sont présentés aux agents via des notes d'instruction qui justifient le bien-fondé de ces réformes et insistent sur l'importance des contrôles. La Lettre-Réseau LR-DDO-22/2008, portant sur l'harmonisation des procédures, précise ainsi à propos de la réception d'une demande d'AME: « L'agent d'accueil s'assure de la présentation et de la fiabilité des pièces justificatives ». Pour ce qui est des duplicatas des attestations, elle explique qu'« afin d'éviter toute reproduction frauduleuse, les notifications d'admission devront être éditées sur du papier non copiable. [...] Dès la livraison, les caisses sont invitées à prendre toutes dispositions utiles à la sécurisation de la conservation de leur stock » ou encore qu'il faut « lutter contre le nomadisme d'opportunité », c'est-à-dire contre le fait que les demandeurs puissent déposer des demandes d'AME dans n'importe quel département, ayant remarqué que l'un est plus clément que celui auquel ils sont rattachés.

Les demandeurs de l'AME sont particulièrement concernés par la lutte contre la fraude, comme si l'administration les soupçonnait plus que les autres. En effet, il existe plus d'outils de contrôle en matière d'AME que de CMU-C. Ainsi, la délivrance d'un duplicata d'attestation d'AME est limitée à deux exemplaires par année. Pour cela, on doit déposer une demande au guichet qui la transmet ensuite au service AME. A partir de la deuxième demande, les agents du service AME doivent vérifier le montant de la consommation de soins, avant de fournir un nouveau duplicata. Si ce montant est supérieur à 3000 euros, leur

consommation est jugée excessive et donc suspecte. Les agents doivent alors signaler ces dossiers au bureau des fraudes. Aucun duplicata ne leur est dès lors accordé, et le dossier est mis en instance. A l'inverse, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent imprimer autant d'attestations de droits qu'ils le souhaitent à la « borne vitale »⁹² située dans les centres d'accueil.

En 2011, un titre d'AME sécurisé avec photographie est mis en place. Les bénéficiaires doivent venir le chercher en main propre à l'accueil. Nous n'avons pu observer ce dispositif à la Caisse des Champs, mais à celle des Lys, où un centre est dédié à la délivrance de ces titres. Les usagers doivent s'y présenter avec une carte d'identité et un timbre fiscal (à ce moment là, l'AME est soumise à un droit d'entrée de trente euros). Les cartes d'AME sont gardées dans une armoire fermée à clé. Lorsqu'elle nous présente ce dispositif, la responsable du centre insiste bien sur ce point. Elle rappelle qu'il ne faut pas oublier de bien la fermer en partant au cas où le centre serait cambriolé pendant la nuit. A l'inverse, les cartes vitales (qui comportent également désormais des photographies) sont envoyées par la poste à l'ensemble des assurés. Les attestations d'AME sont ainsi décrites comme des « sésames » qui permettent aux bénéficiaires de se soigner, mais aussi de faire du trafic, et pour lesquelles ils seraient « prêts à tout ». Le fait que des photographies soient présentes sur les attestations ne semble pas défaire ces représentations.

4.3.2.3 UNE MISSION DE CONTRÔLE

Les agents intègrent l'importance de leur mission de contrôle lors de leur socialisation professionnelle au sein de l'Assurance maladie. Comme nous l'avons vu, les outils dont ils disposent et la manière d'instruire un dossier les y incitent. Mais, au-delà des procédures réglementaires, ils sont aussi poussés à être méfiants par leurs responsables qui leur conseillent de redoubler de vigilance et leur rappellent régulièrement que les droits sociaux sont payés avec leurs impôts. Leur travail est de plus en plus comparé à une enquête qu'ils doivent mener de manière pointilleuse : on leur demande ainsi de « *poursuivre l'investigation* » comme s'ils étaient des « *détectives privés* ».

Lors d'une réunion du service AME, Corine met en place des règles visant à durcir le contrôle des ressources. Elle rappelle tout d'abord qu'il est important de bien appliquer le forfait logement quand les personnes sont hébergées

92 La borne vitale est une machine, où les assurés peuvent imprimer des attestations de droit, remettre à jour leur carte vitale, etc.

gratuitement⁹³. Elle explique ensuite que lorsqu'une personne envoie une facture d'électricité à son nom, cela ne prouve pas forcément qu'elle n'est pas hébergée. Il faut donc lui retourner son dossier en lui demandant de se rendre au centre d'accueil pour que les agents puissent vérifier si elle paie ou non un loyer, ainsi que le reste de ses dépenses. Elle précise : « *A terme, l'objectif c'est d'avoir 100% des dossiers qui passent par les centres d'accueil* » et insiste : « *Donc si vous avez le moindre doute, il ne faut pas hésiter à poursuivre l'investigation !* ». Un agent demande : « *Qu'est ce qui se passe s'il y a un certificat d'hébergement et une facture aux noms de l'hébergeant et du demandeur ?* ». Corine répond qu'il faut faire un retour. Nora complète : « *Là, c'est détective privé ! Le problème, c'est surtout qu'il y en a qui ont des refus car ils ont été honnêtes et d'autres qui vont avoir un accord en donnant une somme minime. On fait cela pour qu'il n'y ait pas d'injustice* ». L'agent demande : « *Mais qu'est-ce qu'on fait s'ils ne nous répondent pas quand on leur dit de préciser leurs ressources ?* ». Nora lui dit de lui soumettre le dossier si le cas se présente. Corine intervient : « *Faut qu'on essaie d'avoir des dossiers bétons* ». Nora continue : « *Il ne faut pas leur donner de deuxième chance, on ne va pas leur retourner le dossier en disant : vous déclarez 200 euros de ressources, mais vous avez une facture de 500 euros de loyer, attention, ce n'est pas possible...* ». (Journal de terrain, 28.07.09).

C'est ainsi un modèle « quasi policier » du rôle de l'agent instructeur plutôt qu'un modèle « social » qui est mis en avant par les responsables (Dubois, 2005). A travers les programmes mis en place et les discours de ses dernières, la Caisse inculque cette attitude aux agents et les invite à agir ainsi en légitimant, au nom de cette logique, les réformes et les changements de procédure.

A la fin de la réunion de service où ont été présentées de nouvelles mesures, un agent s'exclame : « *Ah, cela devient compliqué l'AME* ». Corine lui répond : « *C'est l'objectif ! Ce sont nos impôts qui payent* ». Un autre gestionnaire de dossier ajoute : « *Cela fait longtemps qu'ils auraient dû faire cela ! Si on avait fait attention dès le début de la Sécu, on n'aurait pas eu tous ces problèmes pour payer les soins* ». (Journal de terrain, 28.07.09).

Des formations pour apprendre à détecter les faux papiers (titres de séjour et passeports) sont dispensées aux cadres, et les responsables incitent leurs employés à y assister. Nadine l'a ainsi

93 Lorsque les personnes sont logées gracieusement, un forfait logement de 52,90 euros mensuels est ajouté à leurs ressources : si elles avaient déclaré vivre avec 620 euros mensuels, soit en-dessous du plafond, le forfait les fait passer au-dessus.

proposé à Nora. Le module était assuré par deux sergents de la police de l'air et des frontières (PAF), encadrés par le personnel du service de formation de la CPAM. De nombreuses responsables de l'accueil y étaient également présentes afin d'expliquer ensuite à leurs agents ce qu'elles y avaient appris. Dans ce but, les caisses devaient être équipées de machines à ultraviolets qui détecteraient les faux documents.

Enfin, l'incitation au soupçon de fraude s'effectue aussi par la formation sur le tas, entre collègues, par les petites remarques quotidiennes et les conseils donnés aux nouveaux agents ou stagiaires pour arriver à faire au mieux leur travail et surtout à ne pas « se faire avoir ».

Cette après-midi trois nouvelles recrues arrivent. La première semaine, elles sont en binôme avec un agent. A partir de la seconde, elles seront toutes seules. Eve est en formation avec Laurence qui lui explique à propos du pré-accueil d'une personne réclamant un dossier de CMU-C : « *Il faut toujours questionner les demandeurs. Dès que t'as un doute, il ne faut pas hésiter. Cela ne sert à rien de lui donner un dossier de CMU si tu sais qu'il n'y aura pas droit* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 12.04.10).

Etre trop souple peut par ailleurs engendrer un problème de réputation pour l'agent qui sera vu comme « trop gentil » et pas assez dur avec les usagers : il doit s'affirmer, montrer son professionnalisme. Or, être professionnel c'est aussi savoir refuser un dossier et dénicher le mensonge ou l'omission. A ce propos, Vincent Dubois écrit au sujet des contrôleurs de la CAF : « La rigueur juridique, l'opiniâtreté à débusquer mensonges et dissimulations tiennent alors aux logiques propres à l'interaction d'enquête. Pour les contrôleurs, l'impératif de préservation de la face au cours de ces interactions se traduit par la nécessité de ne pas "se laisser rouler dans la farine". C'est en se montrant inflexible que les contrôleurs parviennent le plus aisément à montrer que tel n'est pas le cas » (2005 : 52). On retrouve ce processus ici aussi, que ce soit parmi les gestionnaires de clients ou de dossiers. Ces derniers, bien que n'étant pas en interaction directe avec les usagers tiennent, aussi ce type de propos, se sentant directement concernés par les « tentatives de fraude » des usagers qu'ils prennent personnellement : ne pas repérer la faute, tout comme la débusquer, est alors interprétée comme une qualité personnelle valorisée. C'est toujours sur le registre du « je » que ces situations sont analysées, l'agent se sentant visé personnellement : « *Il a essayé de me la faire !* », « *Il me prend pour un con !* ». Comme le dit, là encore, Vincent Dubois, il semble que les agents préfèrent opter pour une position plus rigoriste pour ne pas « prendre le risque de passer pour un "méchant" (ce qui peut toujours être justifié en invoquant les règles qui les dépassent) plutôt que de courir celui de passer pour un "idiot" (ce qui ne renverrait qu'à leurs propres faiblesses) » (Ibid.).

Cela s'explique aussi par le fait que les agents sont incités, par la nature même de leur travail et l'évolution de la politique sociale, à être plus méfiants et vigilants. Le contrôle permet de garantir la survie du système : sans cela l'Assurance maladie n'est pas viable car les recettes sont limitées. C'est cette attitude « responsable » qui permettra de maintenir une bonne couverture maladie pour tous, et notamment pour eux, et qui est alors valorisée professionnellement.

4.3.3 ARTICULER MISSION DE SERVICE PUBLIC ET SOUPÇON DE FRAUDE

L'incitation au soupçon et au redoublement des contrôles peut toutefois être mal vécue par les agents. Contrôler, oui, mais pas au risque de sortir de son rôle. Les agents estiment que la lutte contre la fraude n'excuse pas n'importe quel comportement et qu'à trop poser de questions ils ne respectent pas l'intimité des gens. Certains agents d'accueil ont ainsi eu du mal à accepter de questionner les usagers à propos des aides qu'ils percevaient de leur entourage, refusant le modèle policier institué par la Caisse.

Nora m'explique qu'au début, la Caisse acceptait les dossiers où les ressources étaient à zéro ou non déclarées (case non remplie). Quand la procédure a changé et que le service AME a commencé à faire des retours pour ressources à zéro, les demandeurs et les agents de l'accueil ne comprenaient pas pourquoi ce qui était valable avant ne l'était plus. « *Les conseillers d'accueil disaient qu'ils n'étaient pas l'inspecteur Columbo, que c'était difficile de leur demander de préciser leurs ressources, de leur demander combien ils gagnent alors que ces personnes ne sont pas autorisées à travailler* ». Ils avaient beaucoup de mal à obtenir un montant de ressources, c'est pourquoi Nora et Nadine leur ont dit de demander aux usagers d'estimer combien leur hébergeant dépense pour eux en loyer, nourriture, vêtements, transport car il faut bien qu'ils mangent et qu'ils s'habillent. (Journal de terrain, 07.07.09).

Bien que dorénavant, ces questions aient été institutionnalisées par la fiche d'entretien AME, certains refusent d'interroger précisément les demandeurs sur la nature de leurs dépenses pour la remplir. Ils insistent pour obtenir un montant de ressources à indiquer mais ne vont pas plus loin. Certains font même de ce refus une sorte d'éthique, une limite qu'ils refusent de franchir.

Alors que Medhi, en plein entretien AME, est en train d'interroger un homme sur ses dépenses, et que le monsieur y répond sans rechigner, Monique se lève et vient

voir ce qu'il écrit sur l'ordinateur. Elle dit au demandeur, en désignant Medhi du menton : « *C'est l'inspecteur Columbo !* ». Le monsieur sourit. Elle explique à Medhi qu'elle ne les interroge jamais sur leurs dépenses, car elle trouve cela déplacé. Elle prend l'homme à témoin en disant : « *Monsieur peut acheter des préservatifs, il ne va pas te le dire !* ». Elle continue en blaguant : « *J'en ai acheté deux, mais il y en a un qui a explosé !* ». Puis : « *Et si une dame te dit qu'elle se prostitue ?!* ». Pour elle, poser ces questions, c'est s'immiscer dans l'intimité des gens : « *On n'a pas à savoir cela. Je ne l'ai jamais fait et je ne le ferai jamais, même si on m'oblige, parce que je n'aimerais pas qu'on me pose ce genre de questions* ». Medhi se défend en expliquant que c'est la procédure : s'il ne remplit pas le dossier il va lui être retourné. Monique lui rétorque : « *Je n'ai jamais eu de retour pour cela, moi !* ». Mathieu, qui passe par là à ce moment et entend la conversation, précise que s'il avait su que ce n'était pas obligatoire, il ne l'aurait pas fait, car cela le met dans une position inconfortable. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 02.03.10).

Certaines règles jugées pointilleuses peuvent ainsi être perçues comme trop strictes, voire injustes car elles peuvent avoir des conséquences vitales pour les demandeurs : refuser l'AME pour un dépassement de quelques euros ou pour un dossier renvoyé quelques jours trop tard. La procédure exige en effet que les agents classent en refus implicite toute demande renvoyée plus de trente jours après qu'elle a été retournée à l'utilisateur (pour lui demander des pièces complémentaires). Les techniciens ne faisaient pas attention à ces dates jusqu'à ce que leurs responsables, lors de la réunion de service de juillet 2009 citée précédemment, leur rappellent cette consigne et leur demandent de l'appliquer strictement. A cette occasion, de nombreuses autres conditions ont été durcies. Auparavant, lorsque le dossier comprenait une preuve de résidence datant de moins de trois mois, il était renvoyé à la personne pour qu'elle fournisse un justificatif plus ancien. Désormais, un refus doit être immédiatement notifié. Cette nouvelle procédure est qualifiée de restrictive par les agents qui sont surpris de devoir travailler ainsi : « *C'est radical !* ». « *On est sévère* ». « *On ne fait plus de cadeaux !* » se sont-ils exclamés lors de cette annonce.

Les agents ne se reconnaissent donc pas toujours dans cette démarche de contrôle et de lutte contre la fraude et les postures qu'elle génère. Les logiques de service public peuvent venir tempérer ces discours et pratiques, voire s'y opposer, certains agents refusant alors le modèle policier qui leur est proposé.

Pour d'autres agents, le modèle policier n'entre pas en opposition avec la mission de service public et leur éthique. Pour eux, ces deux conceptions du métier ne sont pas contradictoires :

être représentant d'une institution de service public signifie aussi avoir le devoir d'être suspicieux et de ne rien laisser passer, comme le rappellent régulièrement les responsables de service.

A propos de la formation à la détection de faux papiers, je demande à Nora ce qui va se passer si un agent d'accueil estime qu'un demandeur en a présenté et, en déduisant qu'il est en situation irrégulière, envoie un dossier d'AME plutôt que de CMU: est-ce que cela suffit pour que le soupçon soit ainsi établi et qualifié ? Elle me répond par la négative : dans ce cas-là, ils doivent contacter la préfecture ou ouvrir un dossier de fraude. Je rétorque : « *Mais, alors, on entre dans la dénonciation et la CNAMTS a dit par courrier que c'était interdit. Et, si c'est interdit, pourquoi la Caisse vous dispense-t-elle des formations là-dessus ?* ». Elle me répond : « *On doit faire notre travail, on a une délégation. On ne peut pas faire n'importe quoi, s'ils donnent un faux titre de séjour, on ne peut pas leur donner de droits à la CMU, c'est normal* ». (Journal de terrain, 19.05.09).

Selon cette conception, être représentant du service public signifie finalement avoir le devoir d'accorder des droits, tout en veillant à ce qu'il n'y ait pas d'abus, et donc osciller constamment entre ces deux positions. C'est ainsi finalement au nom du service public que les mesures de lutte contre la fraude sont admises puis instituées comme des activités légitimes des agents des caisses primaire d'assurance maladie et que ce contrôle devient une tâche à part entière de leur travail.

CONCLUSION

L'application de la réglementation, son interprétation et la qualification des dossiers sont ainsi au cœur du métier des agents de l'Assurance maladie. L'invocation de la « règle » comme élément auquel il faut se soumettre, et qui guide l'action, est constamment présente. Pourtant, la réglementation n'est pas infaillible et nécessite des interprétations pour pouvoir s'adapter aux situations rencontrées par les agents, pour pouvoir passer de la théorie du droit à sa mise en pratique. Le cheminement du dossier d'AME fait donc intervenir plusieurs séries et niveaux d'acteurs : guichetiers, agents instructeurs, référents, cadres expertes et responsables. Tous partagent un ethos qui guide leur manière de travailler, leurs rapports avec le public mais aussi leur façon d'interpréter les règles. Au nom de la mission de service public de la caisse, certains agents prônent ainsi une lecture plus souple des règles, trouvant des aménagements légaux pour faciliter l'accès aux droits des personnes. Au nom de la lutte

contre la fraude, d'autres posent des conditions plus restrictives rappelant qu'il est de leur devoir de veiller à la légitimité des dépenses publiques dans le contexte actuel de difficultés financières rencontrées par l'organisme. C'est dans la tension entre un modèle social et un modèle policier que trouve à se définir leur métier. Ces deux modèles peuvent s'opposer et créer des confrontations au sein des caisses, mais nous pouvons également les retrouver tous deux chez le même agent qui recourt à l'un ou l'autre en fonction de la situation et de l'utilisateur qui se présente à lui.

Assumer une tendance pour l'un ou pour l'autre est acceptable, malgré le devoir de réserve, quand l'action peut être retraduite en « mission de service public », c'est-à-dire en une activité neutre qui implique un engagement en tant que professionnel mais pas en tant qu'individu agissant selon ses propres convictions. C'est au nom de l'intérêt de la nation qu'interviennent ici les agents des CPAM et qu'ils piochent dans le registre de la rigidité ou de la souplesse. Favoriser l'accès aux soins de toutes les personnes résidant en France, tout comme veiller à ce que le système ne subisse aucune fraude et que l'argent distribué le soit bien à ceux qui le méritent, sont ainsi devenus deux missions de service public reconnues par l'Etat. Invoquer la fraude des usagers et lutter contre n'est ainsi plus forcément perçu comme un manquement au devoir de réserve et un excès de zèle, mais au contraire comme un devoir de l'Etat gestionnaire qui se doit de veiller à la bonne utilisation des deniers publics.

Les pratiques et outils mis en place par la Caisse font néanmoins pencher les agents plus massivement vers la logique du soupçon et le modèle policier que vers la logique sociale qui est plus contestée car aussi perçue comme outrepassant les fonctions de l'agent et son devoir de réserve. A l'inverse la logique de soupçon n'est pas décrite comme reposant sur des éléments subjectifs qui nuiraient à la mission de service public. A travers l'idée de « de devoir de lutte contre la fraude », la logique du soupçon est finalement présentée comme une activité qui ne repose pas sur des présupposés, qui ne fait pas intervenir d'éléments moraux, et qui s'ancre dans une qualité rigoriste nécessaire au métier d'agent de l'Assurance maladie. Mais la lutte contre la fraude peut-elle s'appliquer de manière objective? Ne fait-elle pas intervenir des préjugés et de la morale dans le travail des agents? Y a-t-il des catégories de personnes plus suspectées de fraude que d'autres?

CHAPITRE 5 : QUAND L'IRREGULARITE COLORE LES FIGURES D'USAGERS. LES CATEGORISATIONS DES DEMANDEURS DE L'AME ENTRE STATUT DE « PAUVRE » ET STATUT D'« ETRANGER »

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux façons dont les agents de l'Assurance maladie catégorisent les demandeurs de l'AME. Ces usagers sont-ils suspectés de fraude ? Son-ils perçus différemment à cause de leur statut d'irrégulier ? Nous interrogerons ainsi les frontières morales que les agents peuvent mobiliser dans l'attribution de ces prestations. Pour cela, nous allons étudier les manières dont les agents se saisissent de ce critère dans leur travail, en revenant sur leurs missions et la manière dont ils les conçoivent, ce qui nous permettra de replacer ces catégorisations dans le cadre général de leur exercice professionnel et au sein des interactions dans lesquelles elles se construisent.

Les recherches sur les discriminations en santé ont mis en avant l'existence de catégorisations racisées ou ethnicisées partagées par les professionnels de santé en France, dont ils font usages dans leur exercice quotidien et qui engendrent des traitements différentiels, voire des discriminations (Kotobi, 2000 ; Fassin et al., 2002 ; Bascougnano, 2009 ; Besson, 2009 ; Cagnet, Bascougnano et Adam-Vézina, 2009 ; Sauvegrain, 2010 et 2012 ; Prud'Homme, 2015). La question du poids de l'irrégularité dans les catégorisations et décisions a, quant à elle, été très peu traitée en France. Les rares recherches qui l'interrogent le font principalement du point de vue des médecins (Estelle Carde, 2006a ; Hachimi-Alaoui et Nacu, 2010) ou des hauts fonctionnaires et des législateurs (Izambert, 2010 et 2014). Elles dévoilent que ces professionnels peuvent catégoriser les demandeurs en fonction de leur statut administratif et les traiter différemment de ce fait. Presque aucune étude ne s'est intéressée, en revanche, aux catégorisations des agents de l'Assurance maladie. Estelle Carde a mené des entretiens auprès de ces derniers. Elle n'a par contre pas observé leurs pratiques. Elle constate des processus de délégitimation importants dans les discours de ces personnes. Stéphanie Larchanché (2012), qui a mené une enquête auprès des demandeurs de l'AME au sein d'une association les aidant à constituer leurs dossiers, fait également l'hypothèse, suivant les déclarations des demandeurs, que les agents les perçoivent comme moins méritants car en situation irrégulière et sont de ce fait plus exigeants avec eux.

Pour notre part, nous montrerons dans ce chapitre que les perceptions des agents puisent plus dans le registre des catégories morales de l'assistance que dans celui des politiques migratoires. Les éléments de légitimation ou de délégitimation morale utilisés par les agents

dépendent ainsi plus de la manière dont s'est construit le système de protection sociale et de la conception des légitimités qu'il véhicule (et qui ont assez peu changé depuis son élaboration) que des conceptions prônées par les politiques migratoires.

Nous verrons, dans un premier temps que l'irrégularité n'est pas un critère stigmatisant. Le fait d'être en situation irrégulière, seul, n'intervient pas dans les catégorisations des agents. Les distinctions morales se font, en matière d'AME comme de CMU-C, autour des critères qui permettent de distinguer les bons des mauvais assistés – soit la situation de pauvreté et l'appartenance à la communauté – que nous avons retraduits dans le cas de l'AME en : « statut de pauvre » et « statut d'étranger ». Dans un deuxième temps, nous verrons que l'articulation de ces deux éléments donne trois figures d'usagers – le « bon pauvre », le « fraudeur » et le « touriste médical » – qui colorent les pratiques des agents de l'Assurance maladie ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec les usagers.

5.1 DES CATEGORISATIONS MORALES AUTOUR DE LA QUESTION DU « MERITE » : DIFFERENTS ELEMENTS DE DISTINCTION

Sur le terrain, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de figure homogène et unique des demandeurs de l'AME dans les CPAM. « Demandeur de l'AME » est une catégorie administrative. Les agents ne perçoivent pas l'ensemble des personnes attachées à cette catégorie de la même manière. Ils distinguent parmi ces demandeurs ceux qui « méritent » selon eux d'en bénéficier. L'interaction entre agents et usagers ou encore l'instruction du dossier peuvent alors être influencées par ces définitions du mérite, mais aussi par les catégorisations des usagers qui en découlent. Voyons quels éléments peuvent entrer en ligne de compte dans ces distinctions.

5.1.1 L'IRRÉGULARITÉ : UNE DONNÉE ADMINISTRATIVE NON STIGMATISANTE

Voyons, tout d'abord, comment est pris en compte, sur notre terrain, le fait d'être en situation irrégulière par les agents de l'Assurance maladie chargés d'orienter ces personnes et d'instruire leurs dossiers. Après être revenue sur la manière dont les agents tâtonnent pour qualifier la situation de ces personnes, nous verrons que, bien que l'irrégularité leur pose des problèmes d'interprétation, elle ne constitue pas pour autant un élément de délégitimation et n'induit pas de traitement discriminatoire.

5.1.1.1 QUALIFIER LA RÉGULARITÉ ET L'IRRÉGULARITÉ

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la première action des guichetiers lorsqu'ils reçoivent un usager consiste à l'orienter vers la prestation dont il relève. Pour ce faire, ils doivent, depuis 1993, s'enquérir de sa situation administrative quand il est étranger : est-il en situation régulière ou irrégulière ? Dépend-il du système général ou de l'AME ? La régularité et l'irrégularité sont ainsi devenues des critères à prendre en compte impérativement.

Ces éléments ne sont toutefois pas évidents à juger pour les agents, ni à prouver pour les demandeurs. En effet, il ne suffit pas d'apporter un titre de séjour pour pouvoir être catégorisé comme régulier. Pas plus qu'il ne suffit de se présenter sans aucun papier pour être présumé en situation irrégulière et se voir orienté vers une AME. Cette prise en compte soulève ainsi des interrogations : comment qualifier la régularité et l'irrégularité ?

La régularité est tout d'abord difficile à évaluer pour les agents car elle n'est pas clairement définie par une liste de justificatifs. De plus, le type de documents délivrés aux étrangers par la préfecture évolue sans cesse. Lorsqu'un étranger se présente avec un titre de séjour, l'instruction est facile. Mais lorsqu'il vient avec des visas ou des autorisations provisoires de séjour ou d'autres nouveaux documents, les guichetiers ne savent pas forcément la valeur qu'ils ont : cette personne doit-elle être considérée en situation régulière ou irrégulière aux yeux de l'Assurance maladie ?

Gladys reçoit un monsieur en box pour l'aider à constituer un dossier de CMU. Comme preuve de régularité, il lui tend son passeport. Il a un visa étudiant (« visa D ») l'autorisant à travailler. Gladys appelle le PSA pour savoir s'il autorise l'accès à la CMU : « *Je sais que le visa D est un peu spécial, Schengen ou je ne sais plus quoi...* », puis : « *Donc personne ne peut me renseigner ?* ». Finalement elle réussit à avoir un cadre au téléphone. Il lui explique que si la personne a un visa d'un an et qu'il y est noté étudiant, cela suffit pour la première année : il peut bénéficier de la CMU. Par contre, pour la deuxième année, il aura besoin d'un titre de séjour (Journal de terrain, centre des Aubépines, 01.03.10).

Un homme se présente en box pour une demande de CMU de base et complémentaire. Il a une convocation en préfecture sur laquelle est noté : « règlement Dublin ». Comme Diane n'est pas sûre que ce document soit considéré comme une preuve de régularité et convienne pour une demande de CMU, elle part voir ses collègues au pré-accueil. En chemin, elle croise Annick et en profite pour lui poser la question. Annick n'a jamais vu ce type de document et ne sait donc pas ce qu'il faut faire. Elles interpellent Aline, la cadre, qui passe à ce

moment là. Cette dernière leur explique que dès qu'il y a noté « convocation en préfecture » ce n'est pas de l'AME, mais bien de la CMU. (Journal de terrain, centre des Tourelles, 09.04.10).

Les statuts « spéciaux », comme les visas étudiants ou les procédures Dublin, sont ainsi difficiles à trancher pour les guichetiers qui ont parfois également du mal à obtenir une réponse de la part de leurs supérieurs, qui ne sont eux-mêmes pas toujours formés sur ces questions. Ce genre de problème peut se poser pour tout type de document inhabituel. Les changements de nature des récépissés ou documents délivrés par la préfecture peuvent ainsi avoir des effets sur l'accès aux soins mais aussi sur le travail des agents des CPAM.

Qualifier la régularité n'est donc pas évident, mais qualifier l'irrégularité non plus. Aucun document ne permet d'attester de cette situation. C'est plutôt l'absence de documents qui entraîne cette déduction. Les agents se fient d'ailleurs le plus souvent aux déclarations des gens : lorsque ces personnes se présentent comme « sans-papiers » ou demandent une AME, elles sont souvent orientées immédiatement vers cette prestation sans que des contrôles préalables soient forcément opérés. Lorsqu'ils sont effectués, c'est parfois tardivement dans le cours de l'entretien, soit parce que l'agent veut vérifier un point, soit parce que des éléments discordants (comme un dépôt de dossier à la préfecture) sont présentés par le demandeur.

Ces difficultés s'expliquent par le fait que la condition de régularité n'est pas définie de la même manière par la préfecture et par les CPAM. La loi concernant l'accès à la couverture maladie a en effet tissé une toile complexe de statuts différents, reposant sur un nombre important d'exceptions qui concernent notamment les étrangers en situation irrégulière. Une personne qui n'est pas encore régularisée au niveau de la préfecture peut ainsi être tout de même qualifiée de « régulière » par l'Assurance maladie. Et vice-versa. La réglementation distingue en effet trois cas particuliers de personnes auxquels les agents doivent faire attention lors du rattachement : les demandeurs d'asile, les personnes en cours de démarches et les ressortissants communautaires inactifs.

Les demandeurs d'asile, bien que n'ayant pas de titre de séjour mais bénéficiant d'un statut particulier, sont considérés en situation régulière sur le territoire. Ils sont rattachés à la CMU de base et à la CMU complémentaire dès lors qu'ils disposent d'un rendez-vous en préfecture. Ils sont de plus dispensés de la condition de trois mois de présence en France et sont ainsi immédiatement pris en charge.

De même, les personnes qui ont un justificatif attestant qu'elles ont entrepris des démarches pour obtenir un titre de séjour peuvent prétendre à la CMU (à condition qu'elles résident en France depuis plus de trois mois). Un rendez-vous en préfecture, du moment que leur nom et

leur photo sont accolés sur le document, peut ainsi leur permettre d'ouvrir des droits à l'Assurance maladie, bien que leur situation « régulière » aux yeux de la préfecture n'ait pas encore été tranchée. Les agents d'accueil vérifient ainsi systématiquement que la personne ne possède pas ce type de documents avant de l'orienter vers une AME.

Une dame vient pour renouveler son AME qui se termine en juin. Priscilla lui demande son attestation, mais elle ne l'a pas. Elle lui demande alors son passeport pour vérifier son identité. Puis, elle s'enquiert de sa situation pour s'assurer que cette dernière ne peut prétendre à un autre type de couverture. Priscilla : « *Vous avez un titre de séjour ?* ». La dame : « *Non, pas encore* ». Priscilla : « *Vous avez fait des démarches ?* ». La dame acquiesce. Priscilla : « *Vous n'avez pas eu de réponse ?* ». La dame : « *Non* ». Priscilla : « *Vous l'avez juste envoyé, vous n'avez pas eu de rendez-vous ? Juste un accusé de réception ?* ». La dame déclare avoir déposé son dossier sur place à la préfecture mais qu'on ne lui a donné aucun papier en échange et qu'on lui a dit que le traitement de son dossier prendrait sept mois. Priscilla lui délivre alors un dossier d'AME ainsi que la liste des pièces justificatives à apporter. (Journal de terrain, Centre du Parc, 23.03.10).

A cela s'ajoute enfin le cas des « ressortissants communautaires inactifs ». A la mise en place de la CMU et de l'AME, les citoyens européens sont considérés en situation régulière. Ils n'ont pas à justifier de leur régularité par un quelconque titre de séjour, le fait qu'ils soient originaires d'un pays qui appartient à l'Union européenne suffit. A partir de 2007, les choses changent et les ressortissants communautaires ne sont plus considérés automatiquement en situation régulière. Il y a certains cas, notamment lorsqu'ils sont inactifs, où ils peuvent être considérés en situation irrégulière et ainsi dépendre de l'AME plutôt que de la CMU. Leur régularité doit désormais être instruite, mais cela n'est pas toujours évident car il existe un grand nombre d'exceptions, ajoutées au fur et à mesure, ce qui forme une toile très complexe de possibilités de démarches et d'interprétations, comme nous le verrons au chapitre six.

Que ce soit au guichet ou dans les services d'instruction, la définition de la régularité peut alors donner lieu à des discussions et interrogations, d'autant plus que les agents n'ont aucune formation juridique sur ce point. Ils sont ainsi livrés à leurs propres interprétations, amenés à tâtonner et à chercher par eux-mêmes des éléments d'analyse probants.

5.1.1.2 UN ATTRIBUT NON STIGMATISANT

L'irrégularité est ainsi un élément qui entre en ligne de compte dans l'orientation des usagers et dans l'instruction des dossiers : l'agent doit bien vérifier que le demandeur est soit en situation régulière (pour la CMU), soit en situation irrégulière (pour l'AME). La question de l'irrégularité, et de sa qualification, est ainsi omniprésente. La situation irrégulière peut-elle pour autant jouer le rôle de stigmaté dans ces interactions ?

Erving Goffman définit le stigmaté comme « un attribut qui jette un discrédit profond » et précise immédiatement « qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler » (2007 : 13). En effet, le stigmaté n'est pas inné, mais se construit dans une relation sociale. L'attribut qui est stigmaté est un attribut physique, mental ou comportemental qui préexiste au stigmaté, comme une couleur de peau, une maladie, l'appartenance à une classe sociale, etc⁹⁴. Mais, ce n'est pas l'attribut qui porte le discrédit. C'est uniquement dans l'interaction avec une personne que naît le discrédit et que l'attribut devient stigmaté. Ce n'est donc que quand la couleur de peau est renvoyée à un discrédit, qu'il est imputé un comportement discrédité à une personne en fonction de sa classe ou d'une maladie, que l'attribut initial devient stigmaté.

Le fait d'être en situation irrégulière est un attribut, qui n'est d'ailleurs pas forcément connu à première vue lors des interactions. Les étrangers en situation irrégulière sont ainsi « discréditables » à ce titre et non pas « discrédités » d'office (Goffman, 2007), puisque il faut qu'ils dévoilent leur situation pour que l'irrégularité puisse devenir un stigmaté. Mais pour que l'irrégularité devienne un stigmaté dans les interactions de guichet à l'Assurance maladie (ou même lors de l'instruction des dossiers) encore faut-il que les agents des CPAM conviennent de ce discrédit largement diffusé dans les discours politiques.

E. Goffman montre que lorsque l'individu est stigmaté, il est considéré comme différent de nous et est renvoyé à une position sociale inférieure : « Ainsi diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé » (2007 : 12). De ce fait, l'individu qui le stigmatise, quand il se trouve en situation de pouvoir, peut également le priver des droits qu'il aurait pu avoir : « Il va de soi que, par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous

94 E. Goffman distingue trois catégories de stigmates : les monstruosité du corps, les tares de caractère et les stigmates tribaux. Il range la nationalité dans cette dernière catégorie.

bâtissons une théorie, une idéologie du stigmaté, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe, par exemple » (Goffman, 2007 : 15). Le fait d'être en situation irrégulière est-il ainsi interprété par les agents des Caisses comme un marqueur de différence qui assigne une place inférieure à ces personnes et les prive ainsi de droits ?

Nos observations révèlent que, de manière générale, l'irrégularité n'est pas considérée comme un stigmaté par les agents d'accueil. Cela s'explique par le fait que les étrangers en situation irrégulière ne sont pas complètement exclus de l'assurance maladie et peuvent être rattachés au système général de diverses façons, au même titre que n'importe quel assuré. En effet, bien que le système d'affiliation par le travail leur soit désormais refusé, ce n'est pas le cas de tous les moyens d'affiliation.

Jusqu'à la mise en place de la protection universelle maladie (Puma) au 1^{er} janvier 2016⁹⁵, et donc pendant toute la période de l'enquête, les étrangers en situation irrégulière pouvaient être rattachés à l'Assurance maladie par quatre moyens⁹⁶ : en tant qu'ayant droit, via le maintien de droits, via le statut de détenu, ou encore au titre des accidents du travail (cf. Encadré 4).

Encadré 4 : Possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie des étrangers en situation irrégulière

Le rattachement par la famille

Comme on l'a vu, la Sécurité sociale a été mise en place pour protéger le travailleur, mais également sa famille. Tandis que l'affiliation par le travail est conditionnée à la régularité du séjour, ce critère n'est pas étendu aux ayants-droit. L'affiliation via la famille reste alors l'un des principaux moyens de rattachement de l'étranger en situation irrégulière à l'assurance maladie. Il peut être rattaché à la couverture maladie de base de son conjoint, si ce dernier est Français ou citoyen européen. Le rattachement est également possible pour les enfants ou parents de Français et ressortissants communautaires, à condition que les premiers résident

95 La Puma remplace la CMU de base à partir du 1er janvier 2016. Elle supprime la possibilité du maintien de droits. Après des protestations de la part des associations, la loi de Sécurité sociale pour 2017 (loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016) rétablit finalement un maintien de droits d'un an pour les personnes qui ne respectent plus la condition de régularité du séjour. Avec la Puma, l'affiliation des conjoints de Français est également complexifiée, le statut d'ayant droit majeur étant voué à disparaître, ces derniers doivent désormais justifier d'une résidence de plus de trois mois pour obtenir des droits à l'assurance maladie. L'analyse de l'ensemble des changements que cette réforme implique pour l'affiliation des étrangers en situation irrégulière n'a toutefois pu être effectuée, ces changements étant intervenus sur la fin de rédaction de la thèse. Cela n'est toutefois pas gênant pour ce travail de thèse puisqu'elle n'interfère ni ne remet en cause l'analyse des notes de terrains.

96 Sans compter les possibilités liées à des conventions internationales ou des accords bilatéraux (Isidro, 2015).

chez les seconds depuis plus d'un an. Enfin, lorsqu'un assuré français a un ascendant (père, mère, grand-père, grand-mère) ou un descendant en situation irrégulière, celui-ci peut être rattaché sur son compte, à condition qu'il vive sous le même toit que lui et se consacre exclusivement à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à charge de l'assuré. Dans ce dernier cas, il n'y a pas d'obligation de durée de résidence.

Le principe familial supplante ici la condition de régularité. Il ne s'applique par contre pas aux étrangers en situation irrégulière dont le conjoint, parent ou enfant est ressortissant d'un pays en dehors de l'Union européenne et de la Suisse. Un étranger en situation irrégulière marié avec un étranger en situation régulière ressortissant d'un Etat tiers doit ainsi se contenter de l'AME, tandis que son époux a la CMU ou l'assurance maladie. S'ils ont des enfants, ces derniers sont affiliés sous le compte du parent régulier et bénéficient donc de la CMU ou du régime général. Les étrangers en situation irrégulière sont ainsi traités différemment en fonction, non pas de leur origine, mais de celle de leur conjoint, parent ou enfant.

Le maintien de droits

Selon l'article L.161-8 du code de la Sécurité sociale, l'étranger en situation irrégulière peut également être affilié au régime général en tant qu'assuré principal (et non plus en tant qu'ayant droit) s'il a été en situation régulière et a été affilié en tant qu'assuré principal auparavant. Un assuré étranger qui perd son droit au séjour (expiration de son titre, demande d'asile déboutée, etc.) continuera à être pris en charge par son ancien régime pendant un an au titre du « maintien de droits ». S'il bénéficiait de la CMU-C, cette dernière ne pourra être reconduite une fois expirée. Le demandeur peut par contre déposer un dossier d'AME complémentaire. Cette couverture prend en charge uniquement les dépenses de la part complémentaire, tandis que l'AME prend en charge la totalité des dépenses (base et complémentaire). Le maintien de droits n'est toutefois pas toujours respecté par les caisses, comme à la CPAM des Champs. Lors de la première enquête, quand un ex-assuré demandait l'AME complémentaire, la caisse transférait l'ensemble de son dossier à l'AME et annulait le maintien de droits par souci de simplicité administrative. Cela signifie que l'utilisateur perdait son statut d'assuré et les droits qui allaient avec.

Les détenus

Selon l'article, L.381-30 du code de la Sécurité sociale, les étrangers en situation irrégulière

qui sont incarcérés dépendent de l'assurance maladie via le régime des détenus. Cette couverture s'arrête dès que la personne sort de prison (il n'existe pas de maintien de droits dans ce cas) et ne peut être étendue aux ayants droit potentiels.

Les accidents du travail

Les étrangers en situation irrégulière peuvent également obtenir une prise en charge par la Sécurité sociale au titre des accidents du travail, à condition que leur travail soit déclaré. S'il ne l'est pas, ils ne peuvent pas être pris en charge comme n'importe quelle personne dans le même cas. Le fait d'être en situation irrégulière ou le fait d'avoir un titre de séjour mais sans autorisation de travail n'entre donc pas en ligne de compte dans cette attribution. La couverture « accident du travail » inclut le remboursement des soins, les indemnités journalières, en cas d'arrêt de travail, et, le cas échéant, une rente ou un capital. Par contre, seuls les soins en lien avec l'accident sont pris en charge.

Les étrangers en situation irrégulière peuvent ainsi bénéficier du régime général en tant qu'ayant droit ou par le maintien de droits. Ces spécificités sont connues des agents d'accueil qui vérifient ainsi presque systématiquement qu'une personne qui se déclare en situation irrégulière ne peut pas être affiliée à un autre titre, comme le montre l'extrait de journal de terrain ci-dessous.

Un homme vient pour une CMU de base et sa femme pour une AME. C'est un couple de roumains. Monsieur a un titre de séjour. La dame ne peut pas être rattachée sur le dossier du monsieur car ils ne sont pas mariés. Après avoir traité le cas du monsieur, Emilie passe au dossier d'AME de madame. Elle commence par trier les justificatifs. Comme il n'est pas précisé sur le certificat d'hébergement depuis quand elle est hébergée, elle leur demande de le préciser. Depuis septembre. « Vous êtes hébergée gratuitement ? ». Non, ils vivent à deux familles chez leur fille. Emilie : « *Ah, vous avez une fille ? Elle a quel âge ?* » (27 ans) « *Elle a une Sécu ?* ». La dame pense que sa fille est sous le numéro de son mari. Emilie fait une recherche nominale dans la base informatique : elle est bien sous le numéro de son mari. Emilie cherche une note d'instruction sur le rattachement des étrangers pour voir si on peut mettre madame sous le numéro de sa fille, sachant que cette dernière est sous le numéro de son mari. Elle ne trouve pas la note sur l'intranet, mais met la main sur la version papier. Emilie : « *On*

peut vous mettre sous le numéro de votre beau-fils, pas de monsieur c'est exclu, mais de votre beau-fils oui ». Elle lui demande s'ils habitent ensemble depuis plus d'un an. Non, seulement depuis septembre. Emilie : « *Ah, alors ça ne va pas...* ». Comme c'est la fille de madame, elle demande si la fille n'a pas deux enfants de moins de 14 ans pour pouvoir l'affilier en tant qu'ayant droit. « *Non, elle n'en a qu'un* ». Emilie : « *Bon alors c'est l'AME* ». Le monsieur : « *Mais on vit ensemble !* ». Emilie : « *Oui mais que depuis septembre* ». Le monsieur explique qu'ils vivent au Parc depuis septembre. Avant ils habitaient dans une autre ville mais aussi avec leur beau-fils. Emilie : « *Ah, alors c'est bon !* ». Elle leur conseille de ne pas parler du déménagement dans le dossier, simplement du fait qu'ils habitent ensemble depuis plus d'un an. Et leur demande de rapporter l'acte de naissance de leur fille pour pouvoir prouver la filiation. (Journal de terrain, Centre du Parc, 18.03.10).

Dans cet exemple, Emilie cherche par tous les moyens à affilier la personne à la meilleure solution possible, estimant que l'AME n'est pas forcément la plus pratique. Elle prend le temps de consulter les notes d'instruction pour s'assurer qu'elle ne passe pas à côté d'une option. Le travail consiste ainsi à mettre la « bonne personne » dans la « bonne case », à bien qualifier la situation pour renvoyer la personne vers la prestation la plus avantageuse à laquelle elle peut prétendre, qu'elle soit française, étrangère, en situation régulière ou irrégulière. L'irrégularité est, certes, prise en compte, mais en tant que donnée administrative, comme élément participant à cette qualification et non pas comme donnée ou attribut stigmatisant la personne.

Le fait d'être en situation irrégulière est ainsi perçu par les agents des CPAM comme un fait neutre, une variable administrative qui leur permet d'ajuster leur action. L'irrégularité est une donnée administrative, parmi d'autres, qui permet de classer, d'orienter vers la bonne prestation, et cela en l'articulant à d'autres variables d'affiliation comme la situation familiale.

Le fait de qualifier la situation de régulière ou d'irrégulière ne renvoie pas ainsi à un ordre moral dans les caisses, mais à une activité professionnelle de qualification de la situation. On est ainsi très loin des processus de délégitimation partagés par les médecins qu'Estelle Carde (2006a) ou Caroline Desprès (2005, 2010) ont décrits.

Ce qui est en jeu ici est de l'ordre de la règle : accorder le bon droit, la bonne prestation à la bonne personne. Et c'est en raison de cet enjeu que des agents en viennent, parfois, à

demander des preuves d'irrégularité et s'assurent que la personne ne dépend pas plutôt de la CMU-C, un droit qu'ils jugent plus favorable que l'AME.

5.1.1.3 LA NON REMISE EN CAUSE DE L'ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Donnée administrative, la situation irrégulière suscite peu de commentaires en tant que telle. Lors de notre enquête à la CPAM, nous avons pu relever quelques réactions de surprise face à l'existence de l'AME, mais elles étaient en général le fait de personnes récemment arrivées ou qui travaillaient plutôt sur la CMU. Surtout, elles étaient minoritaires.

Certains agents estiment ainsi que le maintien de ces personnes sur le territoire français n'est pas légitime, et que ces personnes ne peuvent pas, de ce fait, réclamer le même type de droits que les Français ou les étrangers en situation régulière.

Je consulte les notes d'instruction pour rédiger le passeport CMU-AME. Je m'aperçois que les bénéficiaires de la CMU-C peuvent disposer de tarifs sociaux en matière d'électricité et de gaz. Je demande à Béatrice si cela existe aussi pour l'AME. « *Non, mais en même temps les bénéficiaires de l'AME sont en situation irrégulière, normalement ils n'ont droit à rien* » répond-elle, l'air de dire que c'est déjà bien qu'ils aient accès à une couverture maladie. (Journal de terrain, 05.02.09).

Selon ce raisonnement, il est ainsi logique qu'ils aient droit à moins de choses que les autres et que le parcours d'obtention de l'AME soit plus complexe, puisque ces demandeurs sont placés dans une position inférieure du fait de l'illégalité de leur situation. Les agents ne sont pas forcément pour ou contre, mais y voient en tout cas une certaine rationalité.

L'irrégularité de leur situation fonctionne ici comme un stigmat, puisqu'elle discrédite leur demande et justifie qu'ils soient pris en charge différemment. Mais l'irrégularité ne fonde pas pour autant à leurs yeux des refus de prise en charge. Les agents ne contestent ou n'interrogent ainsi jamais le fait que des étrangers en situation irrégulière puissent bénéficier d'une protection maladie, même gratuite. Cela ne les choque pas.

Quant aux agents qui pensent que les étrangers en situation irrégulière n'ont pas à se maintenir en France (discours d'ailleurs très rare), ils n'estiment pas pour autant que ces personnes ne devraient pas être prises en charge pour des soins et ne cherchent pas à limiter

leur couverture. Et les professionnels, qui refusent de s'occuper de ces étrangers parce qu'ils sont en situation irrégulière, ne sont pas bien vus par les agents des CPAM.

Nous n'avons jamais assisté à un entretien où la personne était mal reçue au nom de sa situation irrégulière. L'illégitimité des demandeurs de l'AME, lorsqu'elle existe, articule ainsi différentes facettes de la position du demandeur de l'AME, et l'irrégularité n'est qu'une donnée parmi d'autres auxquelles elle s'agrège. Seule, et indépendamment des autres, elle n'est ni significative, ni stigmatisante et n'interfère donc pas sur l'accès à la prestation. Ces observations faites, il nous restait à voir quels autres attributs des usagers pouvaient conduire les agents à contester le bien fondé d'une demande d'AME.

5.1.2 BENEFCIAIRES DE L'AIDE SOCIALE : DISTINGUER LE BON GRAIN DE L'IVRAIE

Pour comprendre les modes de catégorisation des agents, il faut les replacer dans le contexte de leur travail et, notamment, de leurs valeurs professionnelles. Pour cela, il faut s'intéresser à la manière dont ils définissent leur métier et leurs missions. Mais aussi, à la manière dont l'institution qu'ils représentent définit, elle-même, le type de service qu'elle rend et le public à qui elle s'adresse. Pour interroger les perceptions des agents, il faut donc revenir aux logiques sur lesquelles s'est construit le système de protection sociale français.

Nous avons vu que ce dernier repose sur deux techniques de protection : une logique assistantielle et une logique assurantielle. Tandis que la seconde pose peu de questions de légitimité (la personne cotise pour une prestation et s'assure ainsi contre un risque), la première a engendré de nombreux débats à propos du socle de personnes à prendre en charge à ce titre. La frontière ne pouvant être posée par un acte, comme la cotisation, ce sont des barrières morales et économiques qui sont entrées en ligne de compte pour distinguer ceux qui peuvent être pris en charge des autres.

Robert Castel a montré que l'organisation de l'assistance s'organise depuis le Moyen-âge autour de ce qu'il nomme « deux vecteurs fondamentaux », soit « la relation de proximité entre ceux qui assistent et ceux qui sont assistés, d'une part, l'incapacité de travailler, d'autre part ». Ces critères de distinction ont perduré dans le temps et président encore aux distinctions actuelles. On les retrouve clairement dans la mise en place de l'AME.

R. Castel définit ainsi ces deux vecteurs :

- La relation de proximité entre ceux qui assistent et ceux qui sont assistés : « Qu'il s'agisse d'aumônes, d'accueil en institution, de distributions ponctuelles ou régulières

de secours, de tolérance à l'égard de la mendicité, etc., l'indigent a d'autant plus de chances d'être secouru qu'il est connu et reconnu, c'est-à-dire qu'il entre dans des réseaux de voisinage qui expriment une appartenance maintenue à la communauté. Il se confirme ainsi que l'existence de l'assistance est bien, dans la mesure du possible, un analogon de la sociabilité primaire. Se trouver en situation de dénuement est l'effet d'une première rupture par rapport aux solidarités « naturelles » ou « spontanées » que dispensent la famille, le voisinage, les groupes primaires d'appartenance. Mais, en se fondant sur la reconnaissance de l'inscription dans une communauté territoriale dont la domiciliation est à la fois le signe, le support et la condition (domicile de secours), l'assistance tente de pallier ses défaillances en mimant au plus près ces mêmes relations de proximité. Elle combat le risque permanent de désaffiliation en essayant de réactiver cette sorte de contrat social implicite qui unit les membres d'une communauté sur la base de leur appartenance territoriale » (2010 [1995] : 97-98),

- Le critère de l'inaptitude au travail : « La pauvreté, et même la complète indigence, ne procurent nullement des titres suffisants pour bénéficier de l'assistance. Sont pris en charge principalement ceux qui ne peuvent subvenir eux-mêmes à leurs besoins parce qu'ils sont incapables de travailler. Le handicap au sens large (infirmité, maladie, mais aussi vieillesse, enfance abandonnée, veuvage avec lourdes charges familiales, etc.) peut renvoyer à une "cause" familiale ou sociale, à une rupture accidentelle des réseaux primaires de prise en charge aussi bien qu'à une déficience physique ou psychique. Mais, au-delà de ces occurrences, un critère discriminant décisif pour être assisté est bien la reconnaissance d'une incapacité de travailler » (2010 [1995] : 98).

Ces éléments sont les deux composantes structurelles du champ de l'assistance pour R. Castel. Selon lui, « le noyau de l'assistance se constitue à l'intersection de ces deux axes. Son étendue dépend du sens, qui n'est pas immuable, donné à chacun de ces critères. Car la définition sociale de la relation de proximité et de l'aptitude ou de l'inaptitude au travail change. Mais, à un moment donné, se trouver au foyer d'une prise en charge possible, c'est être situé au point où ces deux vecteurs se croisent avec leur charge maximale. C'est associer une incapacité complète de travailler avec une insertion communautaire maximale » (Castel, 2010 [1995] : 98-99). La personne qui est perçue comme la plus « méritante » pour bénéficier de l'assistance est ainsi celle qui montre qu'elle remplit au maximum ces deux critères de « bon pauvre » et d'« appartenance à la communauté ». Néanmoins, si elle remplit pleinement l'un des deux critères sans remplir l'autre, elle peut toutefois également être prise en charge : « Loin de réfuter la force du modèle, ces apparentes déviations en confirment la validité, si du moins on en fait un usage dynamique. Il faut en effet interpréter les pratiques

assistantielles réelles non à partir d'une application mécanique de ces critères, mais comme une pondération entre les deux vecteurs. Ainsi, une forte saturation de l'un des deux axes peut compenser, du moins dans une certaine mesure, un déficit sur l'autre, et réciproquement » (Castel, 2010 [1995] : 100).

Nous allons voir, ici, en quoi ces deux critères permettent également de départager les bons des mauvais demandeurs dans les CPAM et notamment en matière d'AME. C'est en effet, selon nous, bien plus ce que nous avons nommé le « statut de pauvre » et le « statut d'étranger à la communauté » qui jouent dans la définition de la légitimité et de l'illégitimité des demandeurs que le fait qu'ils soient en situation irrégulière.

5.1.2.1 DISTINGUER LES « BONS » DES « MAUVAIS » PAUVRES

En récupérant les missions de l'Aide sociale, les agents de l'Assurance maladie héritent ainsi également de ses modes de catégorisation. Ils distinguent, en effet, parmi ce public à faibles ressources les « bons » des « mauvais » pauvres.

Une distinction qui se fait en fonction du rapport au travail

Cette distinction s'articule, comme on l'a vu, autour du rapport au travail. Selon l'analyse de R. Castel, le bon pauvre est celui qui est pauvre car il ne peut pas travailler. C'est le pauvre invalide : celui qui est dans l'incapacité physique ou mentale d'exercer un emploi du fait de son âge (personnes âgées et enfants), d'une infirmité, d'une maladie (les personnes malades ou handicapées) ou de certaines situations sociales et familiales (les mères isolées). Dans ce cas, la société estime normal de lui venir en aide, car la personne ne peut s'en sortir par elle-même. Ce type de pauvres ne peut être soupçonné d'immoralité et d'abus.

Le mauvais pauvre, à l'inverse, est celui qui est jugé comme étant en capacité de travailler, mais qui a décidé volontairement de ne pas le faire. Il est ainsi perçu comme abusant du système et de la générosité des travailleurs, qui eux travaillent, et font ainsi un effort pour se prémunir. C'est le pauvre valide. Il est présenté comme voulant profiter des fruits du système de solidarité, mais sans y participer. Par conséquent, il ne mérite pas de bénéficier de la solidarité collective. Et les agents doivent les tenir à distance du système.

Ce sont ainsi les soupçons vis-à-vis de l'invalidité de certains qui dessinent la frontière entre bons et mauvais pauvres, entre usagers légitimes et illégitimes aux guichets de l'Assurance maladie. En ce sens, nous rejoignons complètement l'analyse de Sacha Leduc à propos des

catégorisations des demandeurs de la CMU-C par les agents de l'assurance maladie. Pour ce dernier : « Les figures suspectes élaborées par les agents ont toutes quelque chose en commun : l'absence de participation au monde productif et l'absence de participation à la solidarité collective. En réalité, derrière la fraude à la CMU se cache une réalité bien plus grave aux yeux des agents rencontrés, l'absence de travail comprise comme absence de citoyenneté » (2007 : 94). Le mauvais pauvre est ainsi celui à qui l'on reproche une absence de citoyenneté à travers son absence d'emploi, puisque ce n'est pas le manque de travail dans le sens d'une occupation qui est dénoncé, mais bien celui d'un emploi rémunéré qui entraîne une cotisation et donc une participation à la solidarité collective et une marque d'intégration à la société.

Parmi les catégorisations de « mauvais pauvres » des agents des CPAM, nous pouvons distinguer deux profils de personnes non méritantes : celles qui abusent du système (les « oisifs ») et celles qui trichent (les « fraudeurs »). Dans le premier cas, ces personnes sont soupçonnées de préférer vivre des aides sociales plutôt que de travailler. Elles ne mentent pas sur leur situation (ressources ou stabilité de résidence) et ne fraudent donc pas, mais profitent du système car elles pourraient travailler et vivre des fruits de leur travail plutôt que des aides. C'est l'abus qui est ainsi dénoncé. Dans le deuxième cas, les personnes sont soupçonnées de frauder, c'est-à-dire de mentir (sur leurs ressources ou leur durée de résidence) pour bénéficier du système. Elles peuvent pour autant travailler et ne pas compter que sur le système, mais sont accusées de frauder dans le but d'obtenir davantage d'aides sociales et ainsi plus d'argent (dans le cas de l'Assurance maladie, cela est représenté par l'argent qu'elles n'auront pas à dépenser pour se faire soigner) ou de biens sociaux (comme le fait d'accéder à certains types de soins, de lieux ou de prestations).

Le rapport au travail est ainsi primordial dans la protection sociale. C'est autour de ce rapport que la légitimité des personnes à être prises en charge est déterminée : celui qui ne travaille pas mérite d'être protégé uniquement s'il ne peut pas travailler et n'a donc pas la possibilité de s'en sortir tout seul. Celui qui ne travaille pas, alors qu'il le pourrait, ne mérite pas de bénéficier de la solidarité. La question du travail supplante ainsi celle de la régularité. Certains guichetiers estiment d'ailleurs que les étrangers en situation irrégulière, qui sont salariés, devraient être affiliés au régime général en tant que travailleurs plutôt que de dépendre de l'Aide sociale.

Diane trouve que les étrangers en situation irrégulière qui travaillent devraient être immatriculés sous le régime des salariés : « *Ils cotisent, ils ont des feuilles d'imposition. Dans ce sens-là, cela ne dérange pas l'Etat ! Ceux qui bossent devraient être régularisés* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 09.04.10).

C'est ainsi quand l'irrégularité est assimilée au fait de ne pas travailler, de ne rien faire, qu'elle peut être délégitimée. L'attention des agents de l'Assurance maladie, pour distinguer les bons des mauvais usagers, se focalise ainsi plus sur leur statut de pauvre ou de travailleur qu'uniquement sur leur situation administrative. Le premier élément peut fonctionner seul dans ce processus de délégitimation, mais pas le deuxième puisque, pour les agents, le fait d'être en situation irrégulière n'équivaut pas forcément à celui de ne pas travailler ou d'être pauvre.

La conformité avec la figure du « pauvre »

Le « bon pauvre » est ainsi l'invalidé. Mais il est également celui qui paraît pauvre, c'est-à-dire celui dont l'apparence et l'attitude sont conformes à l'idée que les agents se font de la pauvreté. Autrement, la réalité de leur pauvreté est questionnée par les agents.

A la cantine, Stéphanie parle des usagers avec ses collègues. Elle trouve qu'ils « *abusent, [les] prennent pour des imbéciles et mentent sur leurs ressources* ».

Propos repris par Pascaline et d'autres agents. Elodie acquiesce : « *Cela se voit qu'ils ne sont pas pauvres !* » (Journal de terrain, Centre du Parc, 16.03.09).

Comme dans tout système d'assistance, les agents de l'Assurance maladie jugent de la pauvreté des personnes en fonction d'indices visibles ou qu'ils obtiennent en interrogeant les personnes sur leur situation, mais aussi en fonction de leur attitude. Ce sont ces catégorisations et indices qui sont utilisés pour débusquer des situations de fraude ou d'abus. Comme le rappelle R. Castel : « Dans toute société (...), le pauvre doit manifester beaucoup d'humilité et exhiber des preuves convaincantes de sa condition malheureuse pour ne pas être soupçonné d'être un "mauvais pauvre" » (2010 [1995] : 96).

A ce titre, les marques ostentatoires de richesse ou de pauvreté sont particulièrement prises en compte par les agents. Un « bon pauvre » est, pour eux, quelqu'un qui paraît démuné et qui correspond ainsi aux normes sociales de la pauvreté. Cette dernière est définie par les guichetiers comme l'absence de richesse, et donc de marques de richesse. Si la personne possède des bijoux, une voiture ou des vêtements de marque, ces éléments sont interprétés comme des marqueurs de richesses qui confondent l'utilisateur. Les posséder prouve ainsi qu'il n'est pas « réellement pauvre ».

Monique sort du pré-accueil et s'exclame : « *Je viens de me faire entuber par un mec !* ». Elle raconte qu'il lui a dit qu'il n'avait pas fait les photocopies car il n'avait pas l'argent. Elle accepte de lui faire les photocopies mais en lui faisant

remarquer qu'elle ne les a pas faites pour le monsieur devant lui (à qui elle les a refusées). Elle dit que le monsieur lui a dit merci avec un grand sourire comme s'il se fichait d'elle : « *Et je le vois repartir avec une moto ! Tu ne sais pas ce qu'elle me sort Gladys ?! "Peut-être qu'on lui a prêté". Elle est d'une naïveté !!* ». (Centre des Aubépines, 05.03.10).

Les comportements des usagers sont également jugés. Certains agents s'étonnent ainsi qu'ils inscrivent leurs enfants dans une école privée et demandent ensuite la CMU-C. Ou encore qu'ils dépensent de l'argent pour du matériel de grande consommation comme un écran plat de télévision ou une antenne satellite. Ils estiment que le manque de ressources impose de faire des choix. Et que le fait de pouvoir se nourrir ou se soigner doit être considéré comme une priorité par rapport à l'achat de biens de grande consommation. Demander une aide vous expose ainsi à une sorte d'évaluation morale.

Martine est en train de traiter une demande de rétroactivité pour un dossier de CMU-C. Elle s'exclame : « *Il demande la CMU et il met ses enfants en école privée...* ». Dubitative, cependant, elle ajoute : « *Il a le droit, remarque, mais bon, il y a d'autres choix aussi...* ». (Journal de terrain, 17.06.08).

Pour distinguer les « bons » des « mauvais » pauvres, Sacha Leduc a démontré dans son travail de thèse (2008) que les agents des CPAM qui instruisaient les dossiers de CMU distinguaient quatre figures de « pauvres » : le « pauvre idéal », le « bon pauvre », le « pauvre à vérifier » et le « mauvais pauvre ». Nous reprenons ici cette typologie que nous retrouvons également sur notre terrain en matière de CMU-C et d'AME.

Le « pauvre idéal » est « celui que l'on ne voit pas. Le pauvre digne n'oserait pas demander l'assistance, et tente par ses propres moyens de retrouver un travail » (Leduc, 2007 : 90). Selon ce raisonnement également entendu à la caisse des Champs, le « pauvre idéal » est finalement celui qui ne demande pas la prestation et qui, du coup, n'en bénéficie pas non plus. Le « pauvre idéal » est ainsi celui qui ne coûte rien au système de protection sociale.

Le « bon pauvre » est « celui qui représente la parfaite conformité. Le pauvre possède les stigmates visibles et adopte une posture adaptée à sa condition. Humble et déterminé à s'en sortir » (Leduc, 2007 : 90). Pour être considérés comme de « bons » pauvres », les usagers doivent ainsi faire preuve de déférence vis-à-vis des agents, agissant comme des « demandeurs » plutôt que comme des « clients » qui exigent un dû. Il est important pour les agents que ces usagers se rappellent leur place dans la hiérarchie sociale, une place inférieure d'« assistés » au sens de « non-contribuants » et se conduisent en conséquence :

reconnaissants de la faveur que la société leur accorde, plutôt que véhéments ou exigeants au guichet.

Le « pauvre à vérifier » est « celui dont l'image est troublée par l'absence d'une des caractéristiques de la pauvreté. Soit par l'absence de stigmates visibles (...). Soit par l'absence d'un comportement adapté » (2007a : 90). En matière d'AME, c'est aussi celui dont les déclarations ne coïncident pas avec les justificatifs apportés. Par exemple, quelqu'un qui déclare 400 euros de ressources mensuelles mais qui intègre au dossier une quittance de loyer à son nom de 1000 euros comme preuve de stabilité. Comme ses ressources sont difficilement vérifiables, l'agent le soupçonne alors de ne pas en déclarer la totalité.

Le « mauvais pauvre », enfin, est « celui dont la non-conformité est avérée. Ici se joue l'impossible identification de la condition de pauvre, attestée par la présence d'attributs visibles de richesses et d'un comportement exigeant » (2007a : 90). Dans les extraits de terrain que nous reproduisons plus haut, la possession supposée d'une moto, comme le fait d'envoyer son enfant dans une école privée, est considéré comme un élément probant de richesse, et permet de classer l'usager parmi les « mauvais pauvres ».

Le rapport à la pauvreté et le fait de pouvoir en apporter des preuves (absence de charges ou de frais) ou d'en présenter les stigmates sont donc bien considérés par les agents des CPAM comme des éléments permettant de distinguer les bons des mauvais demandeurs et d'établir la légitimité d'une demande d'aide, que ce soit en matière de CMU-C ou d'AME.

5.1.2.2 L'EXTÉRIORITÉ À LA COLLECTIVITÉ : UN CRITÈRE D'ILLÉGITIMITÉ

Intéressons nous maintenant au deuxième critère mis en exergue par Robert Castel : la « relation de proximité » entre la personne qui assiste et celle qui reçoit l'aide. Nous allons retraduire ce critère, tout d'abord, en termes d'« appartenance à la collectivité ». Le fait de penser la proximité au niveau individuel renvoie en effet plutôt à la période du Moyen-âge où la charité s'exerçait plus en termes interpersonnels. A partir du moment où l'assistance devient publique, le lien entre l'administration qui dispense l'aide et la personne qui la reçoit est plus large et aussi plus administratif. C'est l'appartenance à la commune, au département, à la région qui doit désormais être prouvée par la domiciliation. Lorsque les prestations sont dispensées au niveau de l'Etat, c'est l'appartenance au territoire national qui compte. Le lien existant entre l'individu et l'Etat est ainsi la résidence du premier dans le pays que représente le second. Le bénéfice de l'AME et de la CMU est ainsi subordonné à une condition de résidence stable et ininterrompue.

Le lien qui permettait de juger de l'appartenance à la commune et d'engager la solidarité locale s'est ainsi étendu aux frontières nationales et à une opposition entre « étrangers intégrés » et « étrangers profiteurs ». En effet, la condition de résidence sert désormais à distinguer les étrangers qui vivent en France et ont de ce fait droit de bénéficier des aides, c'est-à-dire les « bons étrangers », des « mauvais étrangers » : ceux qui viennent en France par pur intérêt, pour bénéficier des prestations alors qu'ils n'y vivent pas et ne souhaitent pas s'y installer.

Ces questions ne se posent pas pour les Français puisque, comme nous l'avons vu au premier chapitre, il existe également une définition nationale de l'appartenance à la collectivité. Selon cette dernière, est membre de la collectivité toute personne qui a la nationalité française. Les Français peuvent ainsi jouir de la solidarité collective du simple fait de leur nationalité, à condition d'être présents sur le territoire au moment de leur demande, mais sans durée de résidence.

Le mérite ne se joue ainsi pas en termes de régularité et d'irrégularité, mais bien de volonté d'intégration et de preuve donnée de cette volonté. L'étranger doit montrer qu'il cherche à s'intégrer dans le pays, c'est-à-dire à y rester, et à s'y impliquer, ce qui lui permettra par la suite de participer à la solidarité. Le fait de ne pas résider en France est disqualifiant car cela est assimilé au fait de vouloir venir en France pour profiter de la solidarité collective sans y participer. Nous retrouvons ainsi ici les mêmes reproches et doutes portés sur les pauvres valides : la solidarité est systématiquement vue comme quelque chose de fragile et de non illimité, à laquelle chacun doit participer pour éviter l'épuisement des ressources. Si la personne peut en bénéficier sans vivre précédemment dans le pays, cela signifie qu'elle n'a pas besoin d'y cotiser de quelque manière que ce soit pour l'obtenir. Ce qui signifie un épuisement des recettes en même temps qu'une augmentation des dépenses. Le système est alors présenté comme non viable. De plus, la charité est due seulement aux concitoyens.

Les étrangers primo-arrivants peuvent de ce fait être particulièrement soupçonnés de venir en France pour bénéficier de la protection sociale. L'appartenance territoriale étant passée du niveau local au national, la frontière entre personne intérieure à la communauté et personne extérieure s'est également déplacée du niveau local au niveau national. Ce sont désormais les personnes qui vivent à l'étranger qui sont perçues comme extérieures à la communauté et non plus celles qui peuvent venir d'autres communes (comme c'était le cas des vagabonds auparavant (Castel, 2010)). Un privilège national étant accordé aux citoyens français via la mise en place d'une définition nationale de la collectivité, seuls les étrangers sont soupçonnables de ne pas appartenir à la collectivité.

La définition du mérite se fait alors autour de l'opposition entre « bons » et « mauvais » étrangers. C'est ainsi la figure de l'étranger et son degré d'intégration et de mérite qui sont évalués. Le « bon étranger » est celui qui s'intègre à la collectivité et qui lui rapporte. Le « mauvais étranger » est celui qui vient en France dans le seul but de profiter des avantages sociaux. Il vient ainsi pour profiter des ressources du pays, et repart ensuite, dans une logique purement utilitariste. Tandis que les premiers doivent être pris en charge au nom de leur résidence, de leur bonne volonté et du potentiel apport qu'ils représentent, tout doit être fait pour maintenir les seconds en dehors du bénéfice du système social.

5.2 TROIS FIGURES DE DEMANDEURS DE L'AME

Voyons maintenant comment ces deux critères – l'inaptitude au travail et l'appartenance à la collectivité – s'articulent en matière d'obtention de l'AME. Les demandeurs de l'AME sont-ils toujours vus comme des bons ou des mauvais pauvres ? Comme des personnes valides ? Comme des personnes extérieures ou intégrées à la communauté ? Nous allons voir, ici, comment les préjugés des agents vis-à-vis des « demandeurs de l'AME » peuvent influencer la catégorisation qu'ils font de ces demandeurs (« bons » ou « mauvais » pauvres), ainsi que la qualification de leurs requêtes (« légitimes » ou « illégitimes »).

Avant d'étudier les préjugés que les agents des CPAM ont à l'égard des demandeurs de l'AME, il est important de se rappeler que tandis que le statut de travailleur salarié n'a plus été reconnu aux étrangers en situation irrégulière à partir de 1993, c'est le statut de pauvre qui leur a été accordé et c'est essentiellement à ce titre que leur accès à la protection maladie a été autorisé et légitimé à partir de 2000. De ce fait le demandeur de l'AME est avant tout perçu comme un pauvre. Mais également comme un étranger. Sur notre terrain à la CPAM des Champs, l'articulation de ces deux statuts donne trois figures de demandeurs de l'AME : celle du « bon pauvre », celle du « touriste médical » et celle du « fraudeur ».

5.2.1 LE « BON PAUVRE »

La première figure, celle du « bon pauvre » articule une vision positive du statut de pauvre et de l'appartenance à la communauté. Comme Robert Castel (2010[1995]) l'a montré, pour qu'une personne puisse bénéficier de l'aide sociale, sa situation doit articuler ces deux critères dans une dimension maximale. C'est ce qui se passe ici avec la figure du « bon pauvre » qui articule une figure positive du pauvre (incapacité totale à travailler et attitude parfaite) et une

figure positive de l'étranger : l'étranger n'étant pas vu ici comme une menace mais au contraire comme un être humain à aider et protéger, la question de sa durée de résidence ne pose ainsi pas de souci, tout comme celle de ses ressources.

Comme nous l'avons vu, à partir des années 1990, les « exclus » deviennent la cible des politiques sociales. On est dès lors dans une configuration sémantique compassionnelle (Fassin, 2006) qui met en avant la souffrance sociale vécue par ces personnes. L'exclu devient la figure type des politiques sociales, plus que l'ouvrier ou le travailleur comme c'était le cas auparavant. L'action publique vise alors à sortir les personnes de l'exclusion, en leur attribuant des aides financières. L'exclu, qu'on reconnaît notamment par la faiblesse de ses ressources, est celui qu'il faut aider, celui qui mérite d'être pris en charge, car la configuration du travail et le fonctionnement de la société ne lui permettent pas de s'en sortir par lui-même en travaillant. Son exclusion n'est ainsi pas perçue comme étant de sa responsabilité, mais comme le produit du fonctionnement de la société et du marché du travail. Dans les politiques sociales qui se développent dans les années 1980 et 1990, les « exclus » font ainsi figure de « bons pauvres ».

En s'intéressant aux manières dont les agents de la CPAM des Champs décrivent les demandeurs de l'AME, on s'aperçoit que ces derniers peuvent prendre les traits de l'exclusion. Une exclusion d'autant plus radicale qu'en tant qu'étranger, de surcroît en situation irrégulière, ils sont exclus de nombreuses structures et aides, mais aussi du travail salarié.

5.2.1.1 L'EXCLU : UN « VRAI » PAUVRE

Au guichet, le demandeur de l'AME n'est pas appréhendé d'emblée comme un mauvais pauvre ou un fraudeur qui profiterait de l'Aide sociale, mais plutôt comme quelqu'un qui n'a rien et qui cherche désespérément à s'en sortir.

Une agent d'accueil vient rendre visite à Anne-Marie, la référente AME. Elles ont travaillé ensemble auparavant au guichet. On se met à discuter du travail d'accueil. L'agent explique qu'elle trouve gênant de poser des questions intimes lors de l'entretien AME : « *On sait très bien que s'ils bossent au noir c'est pour bouffer, qu'ils s'entassent à six dans une même chambre qu'ils paient parfois 600 euros. Et nous, on est là à leur demander des bulletins de paie et comment ils dépensent leur argent alors qu'ils sont dans une grande précarité* ». (Journal de terrain, 19.05.09).

Les demandeurs de l'AME sont ainsi présentés comme des personnes qui ont de très faibles ressources et qui, de ce fait, se débrouillent comme elles peuvent en logeant chez des amis ou dans des foyers puisqu'elles ne peuvent pas avoir d'appartement à leur nom (à la fois du fait de leur manque de ressources et à cause de leur situation administrative qui les empêche de signer des baux). Elles sont ainsi décrites comme vivant dans la précarité mais aussi dans la misère, sans perspectives d'avenir, souvent dans des logements insalubres ou surchargés, sans aucune intimité, sans affaires à eux, et qui arrivent à survivre grâce à l'aide de la famille, des amis ou de la « communauté ».

Claire s'occupe des entretiens AME. Elle reçoit une dame qui a fait une demande de renouvellement. Le service AME lui a renvoyé son dossier parce qu'il manquait sa date d'entrée en France et qu'on ne comprenait pas la nature de ses ressources. La lettre de retour précise : « *Comme madame semble hébergée, elle doit retourner tous les justificatifs de ses charges (quittance, facture EDF)* ». La femme explique à Claire qu'elle a rapporté toutes ses fiches de paie. En additionnant ses deux salaires, Claire arrive à un total de 9 984 euros de ressources pour l'année. La dame avait indiqué ses deux salaires sur le formulaire, mais le service n'arrivait pas à déchiffrer son écriture : on lit 8h00 au lieu de 8 400 euros. Claire passe en revue la nature de ses dépenses à l'aide du formulaire « entretien AME ». A la fin, elle lui demande si elle a d'autres charges. La dame répond qu'elle envoie une pension pour son fils en Afrique. Elle a un papier qui le prouve. Claire ajoute le papier au dossier en me disant : « *Peut-être qu'à l'AME, ils déduisent les pensions versées à l'étranger. En CMU, ils le font : si la personne déclare sur l'honneur payer une pension, c'est déduit de ses ressources* ». Après le départ de la femme, je dis à Claire : « *Elle va avoir un refus* ». Elle me répond : « *Oui, c'est pour ça que j'espère qu'ils enlèvent la pension* ». Je continue : « *Mais cela fera un refus quand même* ». Elle calcule : « *Ah oui...* », puis m'explique : « *Pour moi, l'aide médicale c'est pour les personnes en situation irrégulière. On ne pense pas qu'ils vont avoir des refus, c'est déjà assez dur pour eux, ils essaient de travailler, ils n'ont rien* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 25.02.10).

Leurs efforts pour s'extraire de cette position sociale et économique sont ainsi présumés et loués. Ce sont ainsi plutôt des présupposés positifs qui s'expriment à leur égard à l'accueil. Cela s'explique par le fait que les étrangers en situation irrégulière sont perçus comme des « invalides » par les agents. Selon ces derniers, ce n'est pas parce qu'ils sont fainéants qu'ils ne travaillent pas, mais parce que l'Etat ne les y autorise pas. Comme nous l'avons vu,

l'irrégularité n'est pas discutée par les agents, elle n'est pas perçue comme une production politique, mais leur incapacité à travailler, si. Le fait qu'ils ne puissent pas travailler légalement est vu comme le produit des lois. Leur absence de revenus et de travail ne leur est ainsi pas reprochée. Ainsi, la logique compassionnelle ne s'exprime pas, ici, en fonction de leur état de santé, comme cela peut être le cas dans le cadre des régularisations pour soins ou de l'obtention de l'asile (Fassin, 2001b et 2010), mais en fonction de leur incapacité à travailler. Pour les agents, s'ils n'ont pas d'emploi, ce n'est pas qu'ils soient fainéants ou abusent du système, c'est parce qu'ils n'en ont pas le droit. L'Etat ne leur laisse pas d'autre possibilité que de demander des aides pour pouvoir vivre, survivre et être soignés. Les demandeurs de l'AME sont ainsi, pour les agents d'accueil, les indigents invalides du vingt-et-unième siècle. Dans cette configuration, le travail au noir n'est pas perçu comme un acte délictueux par la majorité des agents, mais au contraire comme de la débrouillardise. Ils retraduisent ainsi cette activité dans un vocabulaire positif, saluant les efforts que ces usagers font pour s'en sortir par eux-mêmes. Pour les agents, cette action montre ainsi leur bonne volonté et leur bonne moralité. Les agents qualifient alors les demandeurs de l'AME de plus citoyens et plus méritants que ceux de la CMU-C, et les perçoivent comme des usagers autonomes et responsables. Or, ce type de comportement est valorisé et encouragé par les politiques publiques (Astier, 2007 ; Astier et Duvoux, 2006 ; Duvoux, 2009).

Houda parle d'un cas de refus d'AME pour dépassement du plafond de ressources. Medhi commente : *« Tu vois, c'est ce que je te disais : les gens de l'aide médicale ils sont honnêtes, ils ne sont pas obligés et ils déclarent leur travail au noir. Résultat, ils ont un refus et après ils ne disent rien, ils continuent à les déclarer »*. Houda surenchérit : *« Ils ont tellement envie d'être citoyens ! »*. Elle continue : *« Ils sont honnêtes, pas comme les autres »*. Je demande qui sont *« les autres »*. Elle me répond : *« Les assurés, ceux de la CMU. Parfois ils nous prennent vraiment pour des idiots : ils ne nous donnent que six fiches de paie alors qu'on voit bien sur la déclaration fiscale qu'ils ont travaillé toute l'année »*. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 25.02.10).

Les préjugés que les agents ont à l'égard des étrangers en situation irrégulière – des personnes très pauvres, vivant dans des conditions misérables, invalides, autonomes et responsables – font ainsi qu'ils les catégorisent comme des « exclus » et donc comme de « bons pauvres » au guichet, voire même comme des « pauvres idéaux ». Dans l'extrait d'observation ci-dessus, nous sommes en effet à la limite de cette figure : la personne déclare ses vraies ressources alors qu'elle sait qu'elle risque un refus à quelques euros près, mais elle préfère rester digne plutôt que de s'abaisser à mentir. Leur pauvreté n'est pas remise en cause, le fait qu'ils

n'obtiennent pas la prestation prouve alors leur honnêteté plus qu'il ne jette le soupçon sur eux. Leur statut de « pauvre » joue ainsi pleinement en leur faveur ici. Leur « invalidité » présumée les protège de tout soupçon, et leur permet d'être l'objet de compassion. Mais leur attitude supposée joue également dans cette classification.

5.2.1.2 UNE ATTITUDE CONFORME AU STATUT DE « PAUVRE »

Selon les agents d'accueil, les demandeurs de l'AME se comportent différemment des autres usagers. Ils sont plus polis, plus patients et reconnaissent davantage leur travail. Comme ils sont conformes à leurs attentes, les agents trouvent plus agréable de traiter avec eux qu'avec d'autres usagers auxquels ils les comparent :

« Ceux qui piquent des crises, nous insultent, se roulent par terre, ce sont ceux qui demandent la CMU-C. Ils font cela quand ils n'ont pas de réponse ou ont un refus car la CMU c'est tout pour eux : c'est leur transport, leur EDF, leurs médicaments gratuits, leurs soins » nous explique Laurence. Pour elle, c'est excessif, cela leur donne accès à trop de choses. Résultat, *« certains essaient de frauder »*. Elle souhaiterait que la CMU-C soit délivrée à moins de monde : pour ceux qui ont le RSA, elle trouve cela normal, mais d'autres ne devraient pas l'avoir. A ma question : *« Et ça se passe bien avec les bénéficiaires de l'AME ? »*, elle répond : *« Ils sont top ! »*. Marion qui assiste à la conversation, lève le pouce en l'air (mimant l'idée qu'ils sont super) et ajoute : *« C'est les plus gentils, ils ne râlent jamais »*. Je demande pourquoi : *« Parce qu'ils sont en situation irrégulière, alors ils n'osent pas trop »*. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 02.04.10).

Ces usagers sont décrits comme particulièrement disciplinés : ils ne contestent pas et font ce qu'on leur demande, ce qui leur vaut d'être qualifiés d'« autonomes » et de « responsables ». Autrement dit, ils se comportent comme les agents d'accueil l'attendent : leur dossier est classé dans l'ordre souhaité et l'ensemble des photocopies y figure, ce qui permet de gagner du temps⁹⁷.

Je demande à Gladys s'il y a beaucoup de rendez-vous AME prévus pour mardi et j'ajoute : *« J'espère qu'ils viendront tous »*. Monique sourit, puis me dit : *« En*

⁹⁷ Cette description est d'autant plus révélatrice des représentations positives des agents à leur endroit que cela ne se vérifie pas toujours dans la pratique : tous n'ont pas les photocopies ni l'ensemble des pièces exigées et ont encore moins classé leur dossier. L'aide d'une personne extérieure, et notamment des associations, peut toutefois parfois aider à ce que le dossier soit parfaitement complet.

général, en AME, ils viennent tous ». Elle enchaîne en expliquant que c'est pour cela qu'elle préfère traiter des dossiers d'AME car « *les gens sont plus autonomes, ils font des efforts, ils essaient. Non seulement ils viennent mais ils ont déjà fait les photocopies* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 05.03.10).

A travers cette description, on retrouve la figure du « bon assisté » : celui qui ne réclame pas, se montre toujours poli et souriant, satisfait de ce qu'on lui donne. Il n'en demande jamais trop et se comporte comme si on lui accordait une faveur plutôt qu'un droit. Il est « gentil » car il n'exige rien et ne râle pas. Les agents expliquent cette différence de comportement par la situation administrative complexe de ces usagers : non autorisés à séjourner en France, ils se comporteraient plus discrètement, ne pouvant revendiquer des droits ni s'adonner à la contestation. En position illégitime du fait de leur statut d'irrégulier, ils éviteraient de se faire trop remarquer pour ne pas avoir de conflits avec des représentants de l'Etat.

Claire m'explique : « *Il y a un an, il y avait tellement de retard en AME qu'à chaque personne qui se présentait pour demander des nouvelles de son dossier, si cela faisait un mois et demi qu'elle l'avait déposé, on lui disait d'en refaire un* ». Je demande : « *Cela n'a pas fait d'histoires ?* ». Elle me répond : « *En même temps, c'est l'AME...* » et elle continue en riant : « *...sinon on appelle la police !* ». Pour elle, comme ils ont peur, ils n'osent rien dire. Mathieu renchérit : « *Ils ne posent pas de problèmes en général* ». Claire ajoute : « *Pas comme les accidents du travail ou les paiements. Ils ne râlent pas eux* ». Mathieu conclut : « *Ceux qui ont la CMU posent aussi problème* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 22.02.10).

Les demandeurs de l'AME sont finalement décrits comme des usagers plus honnêtes, qui ne trichent pas, déclarent toutes leurs ressources et respectent les règles du jeu.

Medhi est souvent préposé aux entretiens AME. Il m'explique que comme il est niveau trois, il n'a pas le droit de s'occuper du deuxième niveau ou des rendez-vous. Parfois, il aimerait bien : il le pourrait car il a les compétences requises, mais ses collègues lui disent qu'il n'est pas payé pour cela. Je lui demande s'il préfère traiter des dossiers d'AME ou de CMU-C. « *D'AME, me répond-il, car les CMU, ils ont moins de scrupules, ils s'en foutent, alors qu'à l'AME ils ont peur. Comme ils n'ont pas de papiers, ils fraudent aussi mais moins* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 25.02.10).

Ces comportements ne se vérifient pas toujours lors des observations, certains demandeurs de l'AME peuvent protester, voire se faire menaçants. Beaucoup se présentent au guichet sans

adopter un comportement particulier ou différent des autres. Pourtant, dans leur discours, la majorité des agents les présentent comme de « bons usagers » qui se comportent mieux que les autres. Au final, leur statut d'étranger en situation irrégulière joue, ici, plutôt en leur faveur.

Cette honnêteté et ce type de comportement, en étant interprétés comme des marques de volonté d'intégration, cassent la distance qui existe entre ces usagers et la collectivité sociale. Leur extériorité ne leur est dès lors pas reprochée. Leur attitude, leur présumée inaptitude au travail et leur pauvreté les classent dans la catégorie des bons pauvres qui ne trichent pas. Ils sont dès lors moins soupçonnés de mentir sur leurs dépenses, ou même à propos de leur durée de résidence, et leurs déclarations ne sont pas particulièrement contrôlées.

Monique me dit préférer recevoir les demandeurs d'AME car « *entre guillemets, j'ai plus pitié d'eux parce qu'on sait qu'ils ne mentent pas. Avec les documents Image⁹⁸, on voit bien qu'ils sont présents sur le territoire. Alors qu'en CMU, il y a beaucoup de fraude. Les gens se déclarent divorcés, séparés alors que c'est faux* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 23.02.10).

Mais cette absence de soupçon au sujet de la durée de résidence s'explique aussi par la manière dont est appréhendé le statut d'« étranger » dans la figure du « bon pauvre ». Pour fonctionner, la figure du « bon pauvre » doit s'allier d'une perception positive du statut d'étranger.

5.2.1.3 DES FIGURES POSITIVES DE L'« ÉTRANGER » : RÉFUGIÉ, AVENTURIER, SANS-PAPIERS

Le demandeur de l'AME n'est pas vu ici comme un « mauvais étranger », c'est-à-dire un étranger qui viendrait en France pour profiter des aides sociales, mais bien comme un « bon étranger » qui mérite d'être aidé. Soit parce qu'il est intégré en France et que sa présence n'est pas remise en doute, soit parce qu'il est considéré comme un être humain, soit parce qu'il est vu comme courageux, responsable et donc méritant⁹⁹.

Les demandeurs de l'AME ne sont pas classés ici dans une altérité radicale. La logique de compassion qui est à l'œuvre dans les politiques de lutte contre l'exclusion les place au contraire dans une humanité partagée. C'est en tant qu'être humain souffrant que l'étranger

98 Ce logiciel permet de voir si la personne a consulté un médecin ou a obtenu des médicaments remboursés à la pharmacie avec son attestation d'AME.

99 Ce processus a été analysé précédemment par d'autres chercheurs dans le milieu hospitalier (Cognet et Bascougnano, 2012).

est ici inclus dans la communauté et pris en charge à ce titre. Comme le rappelle Didier Fassin, « les mots ne servent pas seulement à nommer, qualifier ou décrire. Ils permettent aussi de fonder les actions et d'orienter les politiques » (1996 : 77). Les mots qu'emploient les agents pour désigner les demandeurs de l'AME et les images qu'ils convoquent pour ce faire sont importants. Les agents de l'Assurance maladie n'utilisent jamais le terme « clandestin » pour parler des demandeurs de l'AME. Ils lui préfèrent celui de « personne en situation irrégulière ». A propos de la perception de l'étranger en tant que clandestin et de l'emploi de ce terme au niveau politique, Didier Fassin écrivait : « Parce qu'il est désigné comme celui qui s'est délibérément mis hors-la-loi, l'étranger en situation irrégulière n'est pas pensable aussi comme celui qui est mis à son insu hors-la-loi. Parce qu'il est un "clandestin", il n'y a pas lieu de le considérer comme un "exclu", en l'occurrence du droit, puisque ce terme trouve sa place dans un autre référentiel de l'action publique, celui du chômage ou des banlieues » (1996 : 77) et « cette qualification d'"exclus" ne leur a pas été donnée, puisqu'elle était réservée aux seules victimes de la crise économique et qu'eux-mêmes ont été systématiquement désignés et représentés publiquement comme "clandestins" » (1996 : 86).

Le fait que les agents ne les qualifient jamais de clandestins est ainsi significatif et éclairant. Les agents ne perçoivent pas les demandeurs de l'AME comme des « illégaux ». On assiste ici à un mouvement inverse aux observations de D. Fassin : c'est justement parce que le demandeur de l'AME est perçu comme un « exclu » par les agents qu'il ne peut être appréhendé comme un clandestin. Et parce qu'il est vu comme étant mis hors-jeu par la loi au niveau du travail, qu'il n'est pas décrit comme se mettant hors-jeu lui-même en se comportant de manière non méritante en refusant de travailler. Dans le discours des guichetiers, les « étrangers en situation irrégulière » sont ainsi plus proches d'une figure positive du « sans-papiers » que de celle, négative, du « clandestin ». Tandis que la figure des « sans-papiers » pointe les défaillances de l'Etat qui ne leur reconnaît pas d'existence et ne leur accorde pas de titre de séjour (de « papiers »), celle du « clandestin » jette l'opprobre sur les demandeurs eux-mêmes en insinuant que s'ils sont dans cette situation, ce n'est pas par le fait des lois, mais c'est une conséquence de leur attitude qui ne tient pas compte des règlements. La figure du sans-papiers est une figure qui renvoie à une logique compassionnelle puisqu'elle s'appuie aussi sur une mise en scène de la souffrance à travers des grèves de la faim notamment (Siméant, 1998). Renvoyés à cette figure, les étrangers en situation irrégulière sont alors perçus comme l'archétype parfait de l'exclu : exclus socialement, juridiquement, nationalement et administrativement, ils deviennent alors la population à aider dans un élan d'humanité et de compassion.

Les « bons pauvres » peuvent aussi être renvoyés parfois à la figure positive de « l'exilé » : celui qui a fui son pays et des persécutions, parfois la guerre, et qui a parcouru des kilomètres pour s'en sortir et défendre ses idées. Celui-là doit être aidé au nom des valeurs humanistes que partagent les agents. C'est au nom de leur humanité que ces demandeurs sont alors pris en charge. Cela vaut aussi pour les enfants qui inspirent une grande compassion aux agents.

Au service d'instruction des dossiers d'AME, deux agents instructeurs discutent ensemble. Chloé : « *Tu as fait pas mal de refus, toi, aujourd'hui ?* ». Marie : « *Oui, quatre* ». Marie n'est pas fière : « *Je n'aime pas faire des refus, cela me fait de la peine, sauf quand la personne fait de fausses déclarations. Mais là, j'ai fait un refus pour toute une famille. J'aime pas ça* ».

Les « bons pauvres » peuvent également être appréhendés comme des « aventuriers », au sens de personnes qui seraient venues à pied depuis leur pays, traversant le désert et n'ayant pas peur d'affronter de nombreuses difficultés. Certains agents, admiratifs, apprécient quand les demandeurs leur racontent leur périple. Comme le rappellent Anaïk Pian, il y a différentes définitions de l'aventure et de la figure de l'aventurier mais toutes ont en commun « de renvoyer à l'idée de voyage initiatique et d'une migration où la logique de la débrouille est essentielle, les aventuriers devant avant tout compter sur eux-mêmes, tandis qu'ils découvrent progressivement un nouveau milieu » (2009 : 254-255). Ces « aventuriers » sont ainsi vus positivement car ayant réussi à s'en sortir tout seuls malgré les nombreuses difficultés rencontrées sur leur chemin. Les parcours et situations de vie des « exilés » et des « aventuriers » sont souvent racontés par les agents avec exotisme et misérabilisme. Leurs grandes pauvreté et précarité, mêlées à leur courage et résilience, forcent la compassion, voire l'admiration, et justifient leur prise en charge. Comme les exilés ou les mineurs, ils ne sont jamais amalgamés avec de mauvais étrangers fraudeurs qui viendraient en France pour profiter de l'AME. Au contraire, ces aventuriers et réfugiés sont vus comme des personnes débrouillardes, responsables et autonomes. Or, ces qualités sont extrêmement valorisées par les politiques sociales et par les agents de l'Assurance maladie. Et sont incompatibles avec l'idée que les agents se font de « l'assistance ».

La stabilité de ces personnes n'est alors pas remise en cause par les agents. Dans ces cas-là, ces derniers n'interprètent pas le manque de preuve de stabilité comme une preuve de fraude. Ils pensent au contraire que cela s'explique par la difficulté de réunir des preuves de séjour quand on vit en situation irrégulière en France et qu'on n'a pas de chez soi où conserver tous ces documents. Les agents cherchent alors à les aider en regardant dans les bases informatiques de l'Assurance maladie s'ils ne peuvent pas trouver de preuve de résidence pour eux.

Philippe reçoit un usager en entretien AME. La preuve de stabilité proposée par le demandeur date de 2008. Philippe lui explique qu'elle est trop ancienne. Il lui demande s'il n'a pas d'abonnement de transport ou s'il n'a pas été chez le médecin. « *Oui, en mars 2009* ». C'est encore trop ancien. Philippe me dit « *Quand il n'y a pas de preuve, il faut te la fabriquer* ». Il fait alors une recherche sur le logiciel Image : il trouve des preuves de visites et d'achat en mars et avril 2009. Il les imprime et m'explique : « *C'est bon, on voit bien que le médecin a été payé par l'AME* ». (Journal de terrain, Centre des Pins, 31.03.10).

Les « bons pauvres » étant perçus à la fois comme de vrais pauvres et comme des étrangers non fraudeurs, les agents ne les suspectent pas non plus de mentir sur leurs ressources quand celles-ci sont inférieures aux dépenses déclarées lors des entretiens AME : ils supposent plutôt que les demandeurs se sont trompés dans leurs déclarations, les dépenses n'étant pas faciles à quantifier. Ils leur demandent alors de réévaluer à la baisse leurs dépenses plutôt que d'augmenter le montant de leurs ressources comme le montre l'Encadré 5.

Encadré 5 : Une évaluation des dépenses non soupçonneuse à l'accueil

Une dame d'origine roumaine se présente au pré-accueil : elle a déposé une demande de renouvellement de son AME qu'on ne cesse de lui retourner. Elle ne comprend pas pourquoi. Stéphanie l'envoie en entretien AME pour que ses collègues vérifient le dossier (au Centre du Parc, l'entretien AME se fait immédiatement et non pas sur rendez-vous). La dame réexplique la même chose à l'agent du deuxième niveau, Priscilla. Cette dernière lit la lettre de retour envoyée par le service AME que lui tend la dame. Elle regarde ensuite l'ensemble des justificatifs rapportés et les classe par catégories (ressources, stabilité, identité, domicile). La dame demande : « *C'est bon ?* ». Priscilla : « *On va regarder* ». Elle lui demande si elle a les passeports originaux (oui), puis d'où proviennent ces ressources. La dame explique qu'elle travaille au noir. Priscilla demande alors de préciser « *travail non déclaré* » sur le formulaire. Comme la dame n'a indiqué que son année d'arrivée en France, Priscilla lui demande d'ajouter le mois d'entrée. Puis, elle lui explique la raison du retour : comme elle n'est pas hébergée, le service suppose qu'elle a des charges mensuelles (électricité, loyer, etc.). Or elle déclare de faibles revenus. Le service lui a donc demandé de se rendre à l'accueil, munie de « *toutes les pièces justificatives de vos charges* » pour qu'on puisse comparer ses dépenses et ses ressources. « *On vous demande de justifier vos ressources et vos charges. Pour vos ressources, vous ne pouvez pas car c'est du travail non déclaré, c'est normal. Pour vos charges vous avez amené l'EDF et le loyer. Vous payez autre chose ?* ».

« Non ». Priscilla regarde les justificatifs apportés et s'exclame : « *Vous avez un loyer de 1100 euros ??* ». La dame explique qu'ils partagent une maison à plusieurs. Priscilla : « *Donc vous n'êtes pas seule à payer le loyer ?* ». « *Non, mais la quittance est au nom de mon mari* ». Priscilla dit à la dame de le préciser sur la photocopie de sa quittance de loyer. Puis, elle lui demande si les factures sont également partagées. Comme la dame acquiesce, elle lui dit de le préciser aussi sur les factures. Comme la dame ne sait pas comment cela s'écrit, Priscilla lui rédige un modèle sur une feuille volante que la dame recopie sur le formulaire. Priscilla lui dit de signer à côté de chacune de ses déclarations. Pendant ce temps, Priscilla prépare le dossier : elle vérifie sur la base de données si la dame a déjà eu une couverture maladie (recherche webmatique). Puis lui demande si elle a un acte de naissance. « *Non* ». Priscilla : « *Ce n'est pas grave* ». Elle lui explique : « *On s'est permis de vous retourner le dossier car vos ressources et vos dépenses n'étaient pas cohérentes et qu'on voulait des informations complémentaires là-dessus. Là, je vais remplir la fiche et on va refaire le point sur vos ressources et vos dépenses* ». Elle remplit la fiche entretien AME et prend comme preuve de stabilité l'envoi du courrier ESOPE (courrier envoyé aux bénéficiaires de l'AME pour leur dire que leurs droits touchent à leur fin et qu'ils doivent faire une demande de renouvellement). Comme la dame déclare des ressources annuelles, Priscilla divise la somme par douze et lui demande : « *Cela fait 350 euros par mois c'est ça ??* ». La dame fait un signe de la main signifiant « plus ou moins ». Elle explique qu'en fait son mari a travaillé à certaines périodes et pas à d'autres et qu'il a fait le calcul de toutes les périodes où il a travaillé. Priscilla passe ensuite aux dépenses : « *Donc au niveau de vos dépenses, combien vous dépensez réellement pour votre loyer ?* ». La dame a du mal à donner un chiffre, elle explique qu'ils sont six à se partager le loyer. Priscilla divise la somme par six : « *Cela fait 183 euros par mois* ». Elle lui demande ensuite combien ils dépensent pour l'EDF. La dame répond que ça dépend. Priscilla lui demande : « *En moyenne ?* ». Quinze euros par mois. Puis Priscilla passe l'ensemble des rubriques en revue : « *Est-ce que vous dépensez pour l'alimentation ?* ». « *Ça oui !* ». « *Combien ?* ». « *Je ne sais pas...150* ». Elle lui demande aussi pour les vêtements : « *50 euros* ». Priscilla : « *Tous les mois ?* ». La dame répond : « *Je ne sais pas, c'est difficile...* ». Priscilla : « *Sur l'année vous dépensez combien en budget vêtement ?* ». Après hésitations, elle finit par répondre vingt euros par mois. Priscilla calcule ensuite le total des dépenses pour voir s'il concorde avec le total des ressources. Elle s'aperçoit qu'il dépasse de cinquante euros et le signale : « *Vous dépensez plus que ce que vous avez* ». La dame ne comprend pas ce que Priscilla lui dit, ni si c'est un reproche. Priscilla lui propose de modifier les ressources ou les dépenses, si elle le souhaite. La dame ne sait pas trop. Elle répond qu'elle ne sait pas car c'est son mari qui a fait

le calcul, vu qu'elle ne gagne rien. Priscilla lui dit : « *Je pense que les ressources sont correctes, car vous avez indiqués 4150 euros, c'est un montant précis que monsieur a dû calculé* ». Pour elle, c'est plus les dépenses qu'il faut modifier, d'autant que la dame a hésité sur certains montants et les a donnés un peu au hasard. Mais la dame pense qu'il faut plutôt revoir les ressources, elle ne sait pas si le calcul est précis vu que c'est monsieur qui l'a fait. Elle propose d'arrondir le montant des ressources à 4500 euros. Priscilla intervient : « *Le but n'est pas d'arriver pile, le but c'est que les informations soient correctes* ». Elle insiste « *Si vous êtes sûre des ressources, il n'y a pas de raison de les modifier. Après vous pouvez avoir un doute et voir avec votre mari : soit vous les laissez en l'état, soit vous les modifiez* ». La dame est perdue, elle demande à appeler son mari. Priscilla accepte. La dame sort, puis revient rapidement en disant qu'il a dû se tromper car il voulait mettre 4550 euros et non pas 4150 euros. Priscilla refait le calcul et dit que la différence n'est plus que de 11 euros « ce qui paraît cohérent vu qu'on vous demande une moyenne ». Elle finalise le dossier et lui donne un récépissé : « *Il faut attendre un mois, un mois et demi pour la réponse* ».

(Extrait d'observation, Centre du Parc, 10 mars 2010)

5.2.2 LE « FRAUDEUR »

La deuxième figure est celle du fraudeur. Elle articule une vision négative du statut de pauvre et une conception plutôt neutre du statut d'étranger. La personne est ici accusée de mentir sur le montant de ses ressources pour pouvoir obtenir l'AME.

5.2.2.1 LE FRAUDEUR : DU FAUX PAUVRE AU MAUVAIS ETRANGER

Le « fraudeur » n'est pas forcément vu comme quelqu'un d'oisif, qui ne travaille pas et veut vivre en profitant du système social, mais plutôt comme quelqu'un qui a un minimum de ressources, dont le montant dépasse le plafond imposé par la loi pour obtenir l'AME. Ces personnes ne sont ainsi pas forcément perçues comme des riches, mais plutôt comme des menteurs. Or, le fait de mentir est qualifié d'immoral et remet en cause leur statut de « bon pauvre » : quiconque cherche à dissimuler un élément pour obtenir la prestation, est perçu comme ne méritant pas l'aide de la collectivité, à la fois parce qu'il peut s'en sortir par lui-même ou via l'aide de proches, mais surtout parce qu'il ne joue pas le jeu, et brise ainsi le pacte moral sur lequel repose la délivrance de cette aide. Il est alors qualifié de mauvais citoyen. Pour les agents, les restrictions du système lui sont imputables : c'est parce que

certaines personnes « trichent » que d'autres, qui ont vraiment besoin de l'AME parce qu'elles sont véritablement pauvres, ne l'obtiennent pas.

Léa, 21 ans, qui travaille à l'AME depuis six mois, m'explique : « *Pour moi, 50% des dossiers qu'on traite ne devraient pas être acceptés, parce que les demandeurs bidouillent et mentent sur leurs ressources* ». Je lui fais remarquer qu'ils sont les seuls à être soumis à un plafond de ressources pour l'obtention d'une couverture de base. Elle me répond : « *Ce qui me dérange, c'est qu'il y en a qui sont honnêtes et qui ont des refus pour deux euros, alors qu'eux, en étant malhonnêtes, ils ont un accord* » (Journal de terrain, service AME, 03.06.09).

Comme elles travaillent ou ont des ressources (de l'aide de la famille, etc.), elles devraient pouvoir s'en sortir toutes seules. Elles ne sont ainsi pas considérées comme des invalides. Par conséquent, leur venir en aide n'est pas estimé légitime. Ainsi, la question de l'intégration à la collectivité du demandeur n'est pas ici remise en cause par sa position d'étranger, mais par son attitude non citoyenne et non solidaire. Son statut d'irrégulier peut toutefois jouer négativement ici car il est vu comme lui permettant de mentir plus aisément à propos de ses ressources, puisque ces dernières sont invérifiables. C'est ainsi l'idée que ces personnes vivent clandestinement et dépendent d'économies parallèles incontrôlables qui joue ici. Les agents leur reprochent ainsi de chercher à profiter du fait que l'Assurance maladie ne leur demande pas de justificatifs de ressources pour abuser du système.

Un monsieur arrive pour un entretien AME. Il sort le formulaire et ses justificatifs. Mickaël commence : « *Déjà faut finir de remplir* » en indiquant les éléments manquants : adresse, date d'entrée en France, ressources, lieu, date et signature. Ensuite, Mickaël lui demande un justificatif de domicile. Il prend les deux dernières quittances de loyer et lui réclame des documents de plus de trois mois et moins d'un an. La personne propose une facture. Mickaël demande : « *C'est à votre nom ?* ». Le monsieur acquiesce, puis demande à propos du montant de ressources à déclarer : « *Ca va 490 euros par mois, si je paye un loyer de 450 euros ?* ». Mickaël répond : « *On va voir, je ne pense pas* ». Puis Mickaël commence à remplir la fiche entretien. Entre temps, le monsieur décide de déclarer 590 euros par mois. Mickaël note le montant du loyer puis demande : « *L'électricité c'est tous les mois ?* ». « *Tous les deux mois* ». Puis : « *Pour l'alimentation, vous savez combien vous dépensez à peu près par mois ?* » : « *Je ne sais pas, 130-120 euros, par là* ». Mickaël note 130 euros. « *Vous utilisez les transports en commun ? Combien ?* » : « *Peu* ». Mickaël fait le calcul et voit que le montant des charges dépasse celui des ressources. Il lui dit : « *Faut soit*

augmenter les ressources, soit diminuer les dépenses ». Le monsieur dit de mettre 60 euros alors pour l'alimentation. Mickaël lui dit : « *Cela fait deux euros par jour, vous mangez pour deux euros ?* ». Le monsieur répond : « *Mais moi, je ne bois que des cafés, sinon je mange chez des amis* ». Puis, il dit : « *Sinon je mets 600 euros* ». Mickaël : « *Comme vous voulez* ». Le monsieur finit par changer pour 690 euros de ressources, ce qui excède largement les dépenses. Il s'en va. Mickaël me dit : « *C'est bien, il a changé donc ça fera un refus. Tout ça pour un refus ! J'ai vu direct que son loyer était de 450 euros. Je me demandais ce qu'il allait bien pouvoir me dire...* ». Puis, il ajoute : « *Faut toujours que ça vienne de l'assuré, sinon l'assuré peut se retourner contre toi en disant : "C'est le monsieur qui m'a dit de mettre ça"* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 14.04.10)

Quand le demandeur est assimilé à un fraudeur, l'agent est content que le montant déclaré soit supérieur au plafond de ressources malgré les « tentatives » de l'utilisateur pour éviter cela. Pour contrer les « facilités » accordées aux étrangers en situation irrégulière, la plupart des agents d'accueil refusent de leur donner le montant du plafond de ressources, alors même qu'ils le font pour les demandeurs de la CMU-C et que ce dernier est disponible sur le site internet de l'Assurance maladie. En retenant l'information, ils jouent alors de leur pouvoir. Lorsqu'ils le donnent, ils sont mal à l'aise, estimant que cela revient à aller au-delà de leurs fonctions qui leur imposent, en théorie, de rester neutre, comme l'explique Mathieu : « *Je n'ai pas trop à faire ça...enfin, ce n'est pas interdit, mais ce n'est pas dans mes fonctions, dans mon travail...* »¹⁰⁰.

La catégorie des « fraudeurs » peut également parfois associer au statut de mauvais pauvre celui de mauvais étranger. Cela arrive lorsque les personnes sont soupçonnées d'être des étrangers riches venus en France pour profiter des aides. C'est le cas de certaines nationalités perçues comme étant très riches, comme les Américains ou les Koweïtis. Ces catégorisations sont rares. Elles sont généralement utilisées par les cadres du département de l'accès aux soins pour rappeler aux agents l'importance de prendre en compte les revenus perçus à l'étranger dans l'évaluation des ressources¹⁰¹.

Lors d'une formation sur l'AME auprès de médecins, assistantes sociales, infirmières et agents administratifs de l'hôpital, Nadine, la responsable du département de l'accès aux soins, explique à propos de la condition de ressources : « *Il y a eu des chefs d'entreprise, des médecins, des Koweïtis – pas ceux qui font le ménage hein ! – qui ont demandé l'AME. Par conséquent, il est*

100 Journal de terrain, Centre des Aubépines, 23.07.09.

101 Les ressources sont évaluées sur les douze derniers mois précédant le dépôt de la demande d'AME.

important de prendre en compte les ressources à l'étranger. Il n'y a pas de raison ! » (Journal de terrain, formation à la maison de la santé, 03.06.09).

Ici, ce sont des catégories nationales (« Koweïtis », mais cela est également le cas des « Américains ») et sociales (« chefs d'entreprise », « médecins », « pas ceux qui font le ménage ») qui sont utilisées pour distinguer les demandeurs entre eux : les « bons pauvres » des « fraudeurs ». Néanmoins, la plupart du temps on remarque que les « bons pauvres » et les « fraudeurs » ne sont pas distingués de manière claire en fonction de leur nationalité (qui n'inspire pas forcément de réflexions aux agents comme on le verra au chapitre suivant) ou d'attributs sociaux (auxquels les agents ont finalement assez peu accès : la profession n'est pas renseignée dans les dossiers, le seul indicateur est le montant des ressources et leur nature¹⁰²). Nous pouvons ainsi nous demander quels autres éléments entrent alors en ligne de compte pour départager ces catégories d'usagers.

5.2.2.2 COMMENT EN ARRIVE-T-ON A INCARNER UNE FIGURE DE « FRAUDEUR » ?

Comme nous l'avons vu, la catégorisation des usagers en « fraudeurs » s'élabore à différents moments et pour divers motifs. Elle surgit tout d'abord quand les demandeurs donnent un montant aléatoire de leurs ressources, laissant supposer aux agents que ces montants ne sont pas réels. Puis quand ils ne cessent de demander si cela convient pour le dossier, s'ils ne déclarent pas trop et risquent d'avoir un refus. L'identification en tant que fraudeur au guichet s'opère surtout lorsque l'utilisateur n'a pas l'attitude adaptée aux yeux des agents. Il cherche à se renseigner sur les conditions de la prestation, mais aussi, et surtout, il ne se comporte pas comme un « bon pauvre » : il arrive en retard, n'est pas reconnaissant envers les agents, voire se comporte de façon exigeante, comme s'il venait réclamer un dû plutôt qu'une faveur.

L'Encadré 6 illustre comment du simple fait d'un retard, une personne en arrive à être mal considérée et classée dans la catégorie des « fraudeurs ». Les agents restent sur leur position et refusent de lui proposer rapidement un rendez-vous aux horaires qui l'arrangent. Dans ce cas la catégorisation de « mauvais pauvre » procède de plusieurs éléments. Tout d'abord, un conflit entre deux agents : Medhi s'oppose à Claire sur la définition de son travail et de la relation qu'il doit avoir avec l'utilisateur (être dans une relation de service ou de servitude¹⁰³). Il estime qu'elle lui impose une manière de faire son travail qu'il conteste. Ensuite, le

102 A la rubrique « nature des ressources », les demandeurs s'étendent peu. Ils précisent généralement travail, travail au noir ou aide de la famille, sans forcément détailler le type de travail effectué.

103 Nous reviendrons plus précisément au chapitre huit sur ces éléments, sur les définitions que les agents font de leur mission et les conflits que cela produit.

demandeur est en retard, ce qui confirme Medhi dans sa pré-catégorisation : les demandeurs à qui l'on cherche à faciliter les choses ne sont pas reconnaissants et ne méritent pas ainsi qu'on soit arrangeant avec eux. Enfin, le demandeur est perçu par Monique comme « exigeant ». Il demande à être reçu tout de même, sans donner pour son retard une excuse qu'elle considère valable, puis veut un rendez-vous à un horaire précis. Il ne correspond alors pas à l'image du « bon pauvre » qui se doit d'être coopératif et disponible, puisqu'il ne fait rien d'autre. Il est attendu qu'il soit plus souple, ne réclame rien, reconnaisse l'effort que les agents fournissent, et les en remercie particulièrement. De plus, il est perçu comme ennuyeux car il veut être reçu à un horaire qui ne les arrange pas. Il leur impose ainsi son choix, ce qu'ils n'apprécient guère. Lui accorder un rendez-vous à l'horaire qu'il souhaite mais plus tard est ainsi un moyen de reprendre le dessus dans la relation.

Encadré 6 : Quand un retard jette le discrédit sur un usager

Cette après-midi, c'est Medhi qui reçoit les entretiens AME. Il m'explique : « *Les rendez-vous AME sont toujours à l'heure. Je les prends quand ils sont en retard et ont de vraies excuses. Mais pas quand ils disent "Non, j'étais à l'heure, tu ne m'as pas appelé, c'est de ta faute"* ». Aujourd'hui, le logiciel informatique de prise de rendez-vous ne fonctionne pas. Medhi ne sait donc pas si des entretiens sont prévus. La première heure, il sort dans la salle d'attente demander s'il y a des rendez-vous AME, puis après il arrête. Une personne se présente au pré-accueil à 16h25 en expliquant avoir rendez-vous à 16h. Monique lui répond : « *Et vous avez vu quelle heure il est ?!* ». Le monsieur répond qu'il croyait que c'était à 16h30. Monique : « *Non, je vais vous donner un autre rendez-vous* ». Elle part quand même voir Medhi pour s'assurer qu'il ne veut pas le recevoir. Medhi refuse effectivement. La veille, déjà il n'était pas content que Claire lui ait prévu un entretien à 16h alors qu'il n'y en avait aucun autre de l'après-midi. Monique lui propose de revenir jeudi à 14h. Le monsieur refuse car il travaille et demande à passer à 16h. Monique tape des mains sur le bureau et regarde fixement le demandeur ostensiblement agacée. Elle ne lui propose pas de rendez-vous jeudi à 16h, alors qu'il y a de la place (sûrement parce qu'il n'y a aucun autre entretien de prévu l'après-midi), mais mardi prochain, alors que jeudi en 8, il y a déjà un rendez-vous de prévu à 16h et qu'elle pourrait le placer ensuite.

Le lendemain, Medhi fait remarquer à Claire que la personne est arrivée avec trente minutes de retard, l'air de dire que cela ne valait pas le coup de lui bloquer toute l'après-midi pour un

mauvais usager : « *Tu sais à quelle heure il est venu ?! 16h30 !!* ». Claire demande : « *Et alors tu l'as pris ?* ». « *Bah non c'est un 335, cela aurait été un 350¹⁰⁴, je l'aurais pris* » lui répond-il en plaisantant. Elle lui explique que le monsieur ne pouvait pas venir plus tôt, et que c'est pour cela qu'elle l'avait convoqué à 16h. J'ajoute : « *Oui, il travaille* » (ce qu'il avait dit la veille en se présentant au guichet). Medhi s'exclame : « *Et en plus il travaille ! Bah, il n'a pas droit à l'AME* ». Claire, tentant de le modérer : « *Il faut bien qu'il vive* ». Medhi continue de critiquer le fait qu'il ait un emploi. Elle le coupe : « *C'est de la débrouille* ». Medhi parle alors d'une personne « *qui s'est vendue toute seule en demandant une CMU de base mais en refusant un rendez-vous car elle travaillait à cette heure-là. Je lui ai répondu : "Ah oui vous travaillez ?! Faut ramener toutes les fiches de paie !!"* ». Claire rétorque : « *Oui, mais là c'est quelqu'un qui bosse alors qu'il n'y est pas autorisé. Il ne va pas fournir des preuves alors que c'est du travail illégal* ». Le fait que l'usager travaille est ainsi interprété par Medhi comme un indice de plus permettant de classer cette personne dans la catégorie des « fraudeurs ».

(Extraits d'observations, Journal de terrain, Centre des Aubépines, 23 et 24 février 2010)

Au service AME, le doute s'installe lorsque les agents relèvent des contradictions dans le dossier, comme par exemple des dépenses supérieures aux ressources. Comme on l'a vu, ces éléments ne sont pas forcément retraduits en termes d'incohérences suspectes au guichet. L'agent les explique par la précarité des demandeurs qui les empêche d'avoir un budget fixe chaque mois. Au service d'instruction, cela se passe différemment. Les agents ne rencontrant pas les usagers, ils restent dans une posture plus suspicieuse et interprètent plus facilement les contradictions dans les déclarations comme des indices de fraude, notifiant alors un refus pour « incohérences ressources ». Cette lecture de la situation est motivée, d'une part, par l'absence de relation de face-à-face qui ne permet pas d'humaniser les dossiers et de déclencher la compassion des agents, par les outils à leur disposition et les ordres donnés par leurs responsables, d'autre part. Les agents sont ainsi incités à être soupçonneux et à bien fouiller l'ensemble du dossier pour voir s'il n'y a pas d'éléments discordants.

Les différents outils et incitations interfèrent ainsi dans la construction des figures. Ils participent à les produire, à les reproduire et à les véhiculer. C'est principalement une figure suspecte qui est formulée par les instructions et les outils. Néanmoins, comme on l'a vu dans

104 335 est le code d'origine géographique du Mali, il est indiqué dans le numéro de Sécurité sociale. Cela signifie que la personne qui s'est présentée est née au Mali. 350 est le code d'origine géographique du Maroc. Medhi est marocain. Nous reviendrons sur les usages de ces « indicateurs pays » au chapitre suivant.

le cas des agents de guichet, les outils ne sont pas toujours utilisés pour ce qu'ils sont, ni compris par les agents. Notamment par ceux du guichet qui ne rencontrent pas les responsables du département de l'accès aux soins, et n'ont que peu de réunions de service (cf. Encadré 7). Nous le remarquons néanmoins aussi au service AME, même si cela est plus rare. Certains agents peuvent par exemple décider d'omettre des documents qui, s'ils les conserveraient dans le dossier, empêcheraient l'obtention de la couverture :

Un monsieur a déclaré, dans sa demande d'AME, avoir reçu 2760 euros des Assedics pour la période de mai 2007 à juin 2008. Marie n'en tient pas compte au début, pensant que l'homme a gagné cela à partir de mai 2008. Quand je lui montre que le versement a débuté un an plus tôt, elle hésite puis décide de ne pas le mentionner et jette l'attestation des Assedic à la poubelle. (Journal de terrain, 24.06.08).

Bien que les outils puissent orienter le regard des agents, ils ne font pas tout et ne peuvent entièrement expliquer le fait que certains demandeurs soient catégorisés comme « bons pauvres » à un moment et « fraudeurs » à un autre. La manière dont une personne est appréhendée, son attitude, mais aussi l'image que se font les agents des demandeurs (Marie du service AME ne tient ainsi jamais de propos négatifs à l'égard des demandeurs de l'AME) peuvent jouer plus ou moins fortement en fonction des cas.

Encadré 7 : L'entretien AME dans les centres d'accueil : un outil improductif pour le service AME

Aujourd'hui, nous sommes dans un centre d'accueil avec Nadine, la responsable du département de l'accès aux soins, et Corine, son adjointe, responsable du service AME. Nous venons auditer l'accueil pour voir comment les guichetiers appliquent les procédures et outils mis en place par le département en matière de CMU-C et d'AME. Avec Corine, nous observons les entretiens AME. Un monsieur, qui est déjà venu le matin, se présente de nouveau pour rapporter un justificatif manquant (une photocopie lisible de son ancien titre de séjour pour prouver qu'il est bien arrivé en France en 1997). L'agent reprend son dossier et constate qu'il n'a pas écrit sa date d'arrivée en France sur le formulaire « *Notez-la, s'il vous plaît* ». Elle vérifie que son dossier est complet et sort, de son sac à main, une clé USB sur laquelle se trouve la fiche entretien. Elle remplit la fiche (numéro de Sécurité sociale, nom, prénom, montant des ressources) puis lui dit : « *C'est bon monsieur je ne vous retiens pas* ». Il s'en va, elle ne lui donne pas de récépissé de dépôt. Corine lui demande : « *Tu ne lui poses*

pas de questions sur ses charges ? ». L'agent répond : « Non. Avec ce qu'il *déclare* [3000 euros de petits boulots pour l'année], *c'est bon* ». Corine insiste : « *Mais il y a des questions sur les charges dans la fiche, regarde* ». L'agent argumente : « *Oui, mais à force on sait qu'ils nous répondent toujours la même chose : ils sont hébergés et ne paient rien* ». Corine continue de parler avec l'agent : « *Tu vois on n'a pas la moyenne mensuelle, mais ça peut nous servir, les périodes mensuelles, quand les personnes font des recours et déclarent d'autres montants, puis il faut remplir la rubrique des dépenses, c'est important car on a un refus pour incohérence ressources* ». L'agent : « *Ah, c'est bon à savoir, parce que nous on ne sait pas !* ». Elle en profite pour poser des questions pratiques à Corine : « *Sur la fiche entretien, c'est la date de la demande ou la date de dépôt qu'il faut indiquer ?* ». L'agent imprime la fiche et y note son nom. Corine lui rappelle de bien la signer. Je demande à l'agent s'il tamponne les demandes : *non*. Je lui explique que c'est le tampon qui fait courir les droits. Elle ne savait pas. Elle n'a pas de tampon dans son box, elle va en chercher un et l'appose puisqu'on le lui a dit. Tout à coup, elle réalise qu'elle a oublié de donner un récépissé au demandeur.

(Journal de terrain, Centre des Bleuets, 16.06.09)

5.2.3 LE TOURISTE MEDICAL

La dernière figure est celle du « touriste médical ». Cette expression désigne les étrangers qui viendraient en France dans le but exclusif de se faire soigner gratuitement, via le dispositif de l'AME, de la CMU-C ou du fond des soins urgents et vitaux (FSUV). Elle n'englobe donc pas les étrangers qui payent pour des soins qu'ils ont prévus et réservés depuis l'étranger¹⁰⁵. Cette figure articule des perceptions négatives du statut de pauvre et de celui d'étranger.

105. Le terme « touriste médical » désigne généralement les étrangers qui viennent en France pour se faire soigner mais qui payent pour leurs soins et rapportent ainsi au système. Celui d'« immigrés thérapeutiques », ceux qui viennent en France pour se faire soigner gratuitement et sont ainsi considérés comme représentant un coût pour le système (Pian, 2016 ; Mbaye, 2009 ; Guillou, 2009). Nous faisons un usage inversé de ces deux termes. Celui de « touriste médical » nous paraît en effet bien plus adapté pour décrire cette figure. Tout d'abord parce que c'est celui qui est utilisé sur le terrain, mais aussi parce qu'il renvoie à l'idée de « tourisme d'allocataire » qui repose sur les mêmes mécanismes : ces personnes sont soupçonnées de venir en France dans le seul but de profiter des aides sociales.

5.2.3.1 UN MANQUE D'INTÉGRATION À LA COMMUNAUTÉ

La personne est ici décrite comme étant extérieure à la collectivité. La dénomination de « touriste » est d'ailleurs très claire sur ce point : la personne n'appartient pas à la communauté et ne cherche pas non plus à s'y maintenir puisqu'elle est perçue comme venant temporairement en France pour se faire soigner et repartant ensuite. Ces personnes vont ainsi à l'encontre des règles sur lesquelles reposent la solidarité nationale et, tout particulièrement, l'assistance. Comme nous l'avons vu, la demande d'aide est légitime uniquement lorsqu'elle provient de membres de la collectivité. Pour que des étrangers à la collectivité soient pris en charge, il faut donc qu'ils s'engagent à y participer et à y adhérer. Or, venir ponctuellement en France est une preuve de non intégration pour les agents. Cette idée transparaît clairement dans les propos de ces derniers, que ce soit à l'accueil ou au service AME.

J'accompagne Paul et Louise pour qu'ils déposent une demande d'AME à l'hôpital St Gratien. Paul est venu la veille, mais il n'a pas pu déposer son dossier : étant reparti quelques semaines au Bénin pour voir ses enfants restés là-bas, il ne remplit plus la condition de stabilité. Comme sa femme, Louise, était restée en France à cette période, elle remplit cette condition. Du coup, ils essaient de déposer le dossier à son nom, en mettant Paul en tant qu'ayant droit. Lorsque l'agent nous reçoit j'explique la situation de Paul et demande, d'un ton un peu affirmatif, s'il peut être sur le dossier de sa conjointe en tant qu'ayant droit. L'agent répond « *Dans ce cas, oui* », puis explique : « *A partir du moment où il aura l'AME, par contre, il ne pourra plus faire d'aller-retour. Enfin il pourra retourner au Bénin, mais une fois là-bas il n'obtiendra plus de visa pour la France, parce que nous communiquons les accords d'AME aux Consulats français à l'étranger* ». Je demande : « *Pourquoi ? Ils sont supposés rester sur le territoire ?* » Il me répond : « *Pour avoir l'AME ils déclarent une résidence stable et durable. Donc ils n'ont pas le droit de repartir. Si le Consulat s'aperçoit qu'il est rentré au pays alors qu'il avait une AME, il ne lui délivrera pas de nouveau visa* ». (Journal de terrain, CPAM des Lys, 17.02.11).

Pour les agents, ce n'est que parce que les bénéficiaires de l'AME s'engagent à rester sur le territoire qu'ils peuvent être pris en charge¹⁰⁶. Le bénéfice de cette prestation les oblige envers

106 Cette idée est également présente en matière de CMU de base et complémentaire : les Français peuvent bénéficier de ces prestations dès leur arrivée en France à condition qu'ils s'engagent à rester plus de trois mois sur le territoire. Là aussi l'appartenance à la collectivité est prouvée par une intégration longue, même si elle est anticipée. On note que cette durée est supérieure à celle d'un visa de tourisme (trois mois).

la collectivité sociale. Celui qui ne respecte pas cette obligation est considéré en défaut d'intégration. Il est alors légitime de le radier des listes.

Nora, la cadre du service AME, me forme à instruire les demandes. En supervisant mes dossiers, elle m'explique qu'il y a quatre conditions pour obtenir l'AME : l'irrégularité, la stabilité, la résidence et les ressources. Toutes doivent être vérifiées. Elle distingue la condition de résidence (être en France depuis trois mois) de celle de stabilité (résider en France de manière ininterrompue et s'engager à y rester). Je m'étonne, lui expliquant que je n'ai lu nulle part dans les textes et les notes de service qu'ils s'engageaient à rester sur le territoire. Elle me répond que c'est compris dans le formulaire qui fait office de déclaration sur l'honneur. J'insiste sur le fait que signer le formulaire ne les engage pas à rester, que je n'ai vu cela nulle part. Je vais vérifier dans la note d'instruction : on y parle bien d'une condition de stabilité (résider en France depuis plus de trois mois) mais on ne parle nulle part de condition de résidence ininterrompue. Elle est surprise, elle est persuadée de l'avoir lu quelque part mais ne se rappelle plus où. Elle continue néanmoins à l'appliquer. (Journal de terrain, service AME, 25.03.09).

Les allers-retours de ces personnes ne sont donc pas interprétés en termes de vacances ponctuelles, mais bien comme des indicateurs de profils à suspecter. Le fait que les étrangers en situation irrégulière soient souvent assimilés à des primo-arrivants par les agents, ainsi que l'instabilité supposée de leurs conditions de vie, plus nomade, jouent également ici. Les agents pensent effectivement que les personnes n'ont pas de papiers parce qu'elles viennent d'arriver sur le territoire. Pour eux, lorsque les étrangers vivent en France depuis longtemps, ils finissent forcément par être régularisés, comme en attestent les propos tenus par une guichetière à un usager :

« Vous n'allez pas me faire croire qu'elle est là depuis longtemps et qu'elle n'a pas de papiers ?! Si elle n'a pas de papiers c'est qu'elle n'était pas sur le territoire ! ». (Annick, Journal de terrain, Centre des Tourelles, 13.04.10).

L'instabilité est ainsi considérée comme inhérente à leur statut d'étranger – toujours perçu comme étant voué à retourner dans son pays – et redoublée par leur statut d'irrégulier – qui vit dans des conditions obscures, n'a pas de domicile fixe, est toujours entre plusieurs adresses, sa valise sur le dos, etc. Ces personnes sont plus fréquemment assimilées à des personnes non stables que les autres usagers.

5.2.3.2 DES PROFITEURS

L'image du touriste met ainsi l'accent sur le statut de mauvais étranger. Mais les touristes médicaux sont également perçus comme des « profiteurs », soit une image négative du statut de pauvre. La question de la réalité de leur pauvreté n'est pas en cause ici. L'important est leur mauvaise attitude : ces personnes sont accusées de venir en France pour profiter du système social. Soit parce qu'elles viennent de pays pauvres où les systèmes sociaux n'existent pas, soit parce qu'elles sont originaires de pays riches, comme les Etats-Unis, où l'accès aux soins est payant et très cher. Elles sont alors décrites comme des « pauvres abusifs », c'est-à-dire des personnes qui viennent profiter de l'Etat social français sans y contribuer. Cette absence de contribution est le principal problème. L'étranger qui vient pour se faire soigner et qui paye pour cela ne pose pas de problème. Il est davantage perçu comme un « apport » que comme un « coût ». C'est ainsi plus le soin gratuit qui pose problème que la prise en charge des étrangers en elle-même. Ces personnes sont accusées d'être la cause du « trou de la Sécu » et des différentes mesures mises en place pour le restreindre, comme la baisse des remboursements. La figure du « touriste médical » prend place dans une conception gestionnaire de la Sécurité sociale.

Elle peut tendre parfois vers la figure du « trafiquant » : la personne est alors soupçonnée de chercher à obtenir l'AME pour se faire prescrire un grand nombre de médicaments pour les revendre au pays. Des rumeurs circulent dans les Caisses à propos d'assurés qui seraient repartis avec une valise entière de médicaments.

Quand les demandeurs sont catégorisés comme « touristes médicaux », les agents deviennent très méticuleux : ils insistent pour avoir des preuves de stabilité. Si la personne n'a pas de justificatif de présence ou si ce n'est pas elle qui vient chercher le dossier, elle est immédiatement suspectée de venir d'arriver en France ou de ne pas être encore sur le territoire, comme le montre l'extrait de journal de terrain suivant :

Un homme se présente au pré-accueil pour demander des informations sur l'AME. Cela semble être nouveau pour lui. Il a du mal à se rappeler du nom de la prestation. Annick lui demande son passeport. Le monsieur lui donne, mais c'est celui de sa femme. Annick demande : « *Elle est où ?* », en lui disant qu'il faut qu'elle soit présente pour retirer le dossier pour elle. Le monsieur lui demande si elle peut au moins lui donner le formulaire. Annick refuse. Il insiste mais rien n'y fait. Il s'en va, pas content, en disant à Annick qu'elle est méchante. Cette dernière se tourne ensuite vers moi en m'expliquant : « *Parfois, il y en a qui demandent l'AME alors qu'ils sont au pays, et qui envoient des photocopies des*

passesports pour que leurs amis puissent venir chercher les dossiers avec. On s'en est rendu compte. Et depuis on leur demande de se présenter sauf s'ils sont très malades, alités etc. Mais là, elle n'a pas l'air malade ». Un peu plus tard, un autre monsieur se présente au pré-accueil. Il a reçu un courrier pour le renouvellement de son AME. Il a apporté toutes les pièces demandées dans la lettre et les tend à Annick qui lui dit : « *Ce n'est pas ça le dossier !* ». Le monsieur : « *Si, regardez, c'est tout ce qu'ils demandent : le passeport, la photo...* ». Annick l'interrompt : « *Non, faut un dossier, on vous dit de venir chercher un dossier* ». Le monsieur : « *Ah ! d'accord* ». Puis Annick s'aperçoit que le passeport est au nom de sa femme. Elle refuse alors de lui donner le dossier, puisque madame n'est pas présente. Le monsieur répond que sa femme est à l'hôpital avec son fils qui a la varicelle. Annick refuse toujours de lui donner le dossier. L'usager explique qu'elle est à l'hôpital de l'autre côté de la rue et demande s'il peut repasser avec elle. Une fois qu'il est parti, Annick se moque de lui en répétant : « *Il a la varicelle* », ne le croyant pas. Marion, qui est au poste de pré-accueil à côté et a tout suivi, s'exclame : « *Il a tenté !* ». Ensuite, un autre usager vient chercher un dossier d'AME. Annick lui demande : « *C'est pour qui ?* ». « *Pour moi* ». Elle demande alors à voir son passeport. Le monsieur se reprend : « *Ah non, c'est pour un ami* ». Annick commente lorsqu'il s'en va : « *Ils sont prêts à tout !* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10).

Face à ces usagers, les agents se placent ainsi en « gardiens du système » qui cherchent à défendre la Sécurité sociale de ces « mauvais usagers ». Les propos tenus par ces derniers sont réinterprétés sous l'angle de la suspicion de fraude : « *il a tenté* », « *ils sont prêts à tout* », la maladie de l'épouse ou de l'enfant n'est pas crue. Dans cette logique, les agents se doivent de vérifier scrupuleusement leur résidence en France pour lutter contre les excès potentiels. Pour cela, ils examinent méticuleusement les tampons d'entrée et de sortie du territoire sur le passeport des demandeurs. Des rumeurs circulent dans les caisses sur des usagers qui auraient collé ou arraché ces pages pour que l'Assurance maladie ne s'aperçoive pas de leur instabilité. Par conséquent, lorsqu'une personne se présente sans passeport à l'accueil, les agents la soupçonnent immédiatement de vouloir cacher des allers-retours. Celui qui a de nombreux tampons ou pas de passeport est également rapidement suspecté de tourisme médical. Pour certains étrangers en situation irrégulière, arrivés en France à l'aide d'un passeur, parfois sous une autre identité avec un faux passeport qu'ils ont dû ensuite renvoyer au passeur, cela complexifie les démarches. La mise en doute de leur stabilité les stresse d'autant plus qu'ils ont peur que les agents découvrent qu'ils sont entrés de manière

clandestine sur le territoire. Autant d'inquiétudes qui les conduisent à hésiter à déposer un dossier d'AME.

Au service AME les agents peuvent eux aussi être particulièrement scrupuleux à propos de la condition de stabilité. Ils seront vigilants sur les dossiers de personnes touchant des pensions à l'étranger (comme des retraites), ou ayant des couvertures maladies dans leur pays d'origine (comme les ressortissants communautaires¹⁰⁷ qui ont une carte européenne d'assurance maladie). De tels documents sont autant de preuves d'attaches, voire de résidence, dans le pays d'origine. Ici, comme au guichet, les « abusifs » sont opposés aux « bons pauvres », à qui leur comportement nuit :

Patricia traite la demande d'AME d'un Camerounais. Il a inclus dans son dossier, comme justificatif de ressources, un document prouvant qu'il touche une retraite à l'étranger. Pour Patricia, cela signifie qu'il vient en France pour se faire soigner. « *Et je suis obligée de le prendre ! Je trouve ça dégueulasse* » s'exclame-t-elle. Elle demande à Charles, qui travaille au même pôle qu'elle, s'il est d'accord avec elle. Il l'est. Elle m'explique qu'avant les demandeurs signaient un papier, où ils s'engageaient à rester sur le territoire. Elle trouve dommage qu'il n'existe plus. Elle trouve cela injuste, évoquant ceux « *qui sont dehors, en France, qui n'ont rien et qui demandent même pas l'AME, alors qu'ils pourraient y avoir droit. Il y a vraiment un problème avec cette législation. Mais où on va ?!* » (Journal de terrain, service AME, 18.06.09).

5.2.3.3 DIVERS USAGES ET LIMITES DE LA CATÉGORIE

La politique de lutte contre la fraude instituée dans les caisses, et particulièrement forte en matière d'AME, influence ainsi cette figure de l'étranger en situation irrégulière vu comme un touriste médical. Les usages de ces outils et figures instituées sont toutefois multiples. Tous les agents n'y adhèrent pas forcément, ou ne les ont en tout cas pas intégrés. Certains agents appliquent ainsi les dispositifs de lutte contre le tourisme médical sans catégoriser pour autant les usagers comme des touristes médicaux. C'est le cas, par exemple, des guichetiers qui perçoivent ces personnes comme de « bons usagers ». Obligés d'être intraitables sur la condition de résidence, même s'ils ne soupçonnent pas l'utilisateur de mentir sur ce point, ils s'y retrouvent contraints par des instructions qui se basent sur des présupposés qu'ils ne partagent

107 Nous verrons dans le chapitre suivant que dans certaines conditions, les ressortissants communautaires peuvent être considérés en situation irrégulière et dépendre ainsi de l'AME.

pas et ne comprennent par conséquent pas forcément, comme en atteste l'exemple de Monique :

Monique reçoit un monsieur en entretien AME. Après avoir parcouru son dossier, elle s'exclame : « *Il nous faut les ressources. Vous avez une aide de la famille ?* ». « *Oui, de ma sœur* ». Monique : « *Elle vous donne combien ?* ». Le monsieur : « *Ah, je ne sais pas...* ». Monique : « *Faut que vous mettiez des ressources, sinon on ne va pas le prendre* ». Comme l'utilisateur ne réagit pas, elle insiste : « *Mettez quelque chose* ». Elle lui demande ensuite son passeport. Il répond qu'il ne l'a pas. Elle l'interroge : « *Il est où ?* ». « *Au Maroc* ». Monique : « *Eh bien, comment vous êtes entré en France alors ?* » Le monsieur explique être entré avec mais l'avoir renvoyé ensuite au Maroc car il était périmé. Monique ne comprend pas : « *Pour quoi faire ? Qu'est ce qu'ils en font au Maroc de votre passeport ?* ». Elle regarde la photocopie du passeport et s'étonne : « *Mais non il n'est pas périmé ! Regardez, il est valable jusqu'en mars 2010* ». Elle est très embêtée de ne pas avoir l'original pour traiter le dossier. Elle passe aux justificatifs de résidence et constate qu'il n'y en a pas. Elle soulève le problème puis part voir la cadre accueil à qui elle parle du passeport (en insistant sur ce point) et des justificatifs. Elle revient en expliquant : « *Je ne peux pas prendre votre dossier car je n'ai pas de justificatif, et cela m'embête de ne pas avoir l'original de votre passeport* ». Elle lui dit qu'il lui faut un justificatif de sa date d'entrée en France ainsi que l'original de son passeport, pour qu'elle puisse voir s'il n'a pas effectué d'allers-retours. Elle lui réclame aussi des preuves de résidence de moins d'un an et plus de trois mois. Le monsieur part. Elle me dit : « *Tu vois, là je ne peux pas le prendre* ». Je demande pourquoi : « *Il n'a pas de justificatif ni de passeport. Moi, je ne peux pas le prendre s'il n'y a pas de passeport. Le passeport c'est important. Là, par exemple, il pourrait très bien avoir un frère jumeau* ». Comme je rigole, elle ajoute : « *Non, mais c'est vrai, on ne sait pas, en plus la photo était floue sur sa photocopie* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 23.02.10).

Monique demande toujours à voir les passeports pour pouvoir photocopier systématiquement les tampons des visas qui y figurent. Si l'utilisateur n'a pas l'original de son passeport, elle refuse de prendre son dossier. Elle explique ses pratiques par le fait que ces règles sont imposées par le service AME :

Alors qu'elle part photocopier le passeport d'un demandeur, Monique m'explique : « *Ce qu'ils veulent surtout au service AME, c'est les allers-retours en France. Cela sert à vérifier que les personnes étaient bien en France aux dates*

couvertes par leur justificatif ». Une fois le monsieur parti, je reviens sur le sujet en lui demandant pourquoi le service AME s'intéresse aux visas. « *Pour qu'ils ne bougent pas de trop, sinon on leur refuse* ». Je demande : « *C'est quoi de trop ? Dans les trois derniers mois ?* » Elle acquiesce, même si ma question semble la surprendre comme si elle n'y avait pas vraiment réfléchi. Elle m'explique : « *S'ils nous donnent un justificatif et qu'à ce moment là ils ont des allers-retours, ça ne va pas* ». Et se justifie : « *Ce n'est pas que je leur fais pas confiance, mais il faut leur demander sinon au service AME, ils leur retournent après* ». Puis ajoute : « *Là, comme beaucoup, il n'avait photocopié que la première page. Je ne dis pas qu'il ment mais je dois le photocopier, sinon le service AME retourne le dossier après* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 23.02.10).

Ces demandes multiplient ainsi les retours, les usagers étant obligés de revenir avec ces documents pour pouvoir déposer leur dossier alors même qu'au service AME, les photocopies des différents visas atterrissent directement à la poubelle (sauf si elles servent à prouver la résidence). Les agents n'y font en effet pas particulièrement attention et ne retournent pas ces dossiers quand ils n'ont pas ces photocopies. Nous voyons ainsi ici comment les agents, du fait des incitations au soupçon et à la lutte contre le tourisme médical, réinterprètent les règles et s'obligent à agir d'une manière qui ne les satisfait pas forcément, mais qu'ils pensent satisfaisante pour leurs autres collègues.

D'autres agents ne contrôlent jamais la condition de stabilité au pré-accueil. Ils sont néanmoins rares. Plus nombreux sont ceux qui acceptent parfois de délivrer le formulaire sans preuve de résidence, soit parce qu'ils sont fatigués et n'ont pas envie de partir dans des pourparlers avec les usagers, soit parce que ces derniers se comportent comme de « bons pauvres » et que les agents ont alors envie de leur rendre service, comme le montre l'observation suivante :

Un monsieur se présente au pré-accueil. Il dit venir pour un ami qui est malade et refuse de se soigner. Il explique qu'il l'a emmené chez son médecin qui a dit qu'il fallait faire une demande d'AME. Il a la photocopie du passeport de son ami. Marion lui donne le formulaire et la liste. Une fois parti, elle me dit : « *Lui, il m'a eu par les sentiments. Je n'aurais pas dû lui donner les documents, mais bon il était gentil et il avait photocopié le passeport* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 13.04.10).

A nouveau, ici, nous pouvons constater que le comportement des demandeurs, la manière de se présenter et de mettre en scène les efforts qu'ils ont pu faire au préalable, influencent les

manières dont les agents d'accueil les catégorisent. Ici, c'est le comportement de « bon usager », responsable et agréable, qui est salué et récompensé par Marion.

Il n'est ainsi pas toujours évident de savoir si la figure du touriste médical est imposée plutôt par l'institution ou si elle est construite par l'agent en fonction de sa perception de l'usager. Dans le cas de Monique, on voit bien qu'elle est gênée et se sent contrainte par cette figure. Dans celui d'Annick, on voit qu'elle y adhère d'elle-même, jugeant l'attitude des usagers suspecte. Dans le cas de Patricia, on voit qu'ici aussi la figure est complètement intégrée par l'agent qui estime même que l'institution n'est pas assez dissuasive et répressive et qu'elle ne lui permet pas de mener à bien sa mission de lutte contre la fraude. Il y a ainsi différents usages des figures de demandeurs de l'AME et différentes sources et lieux de construction de ces catégorisations : ces dernières peuvent être imposées par l'institution, construites dans la relation de guichet, ou encore élaborées et revendiquées par les agents.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, après être revenue sur les différentes variables prises en compte par les agents pour catégoriser les demandeurs de l'AME, nous avons vu que le soupçon concerne finalement plus les figures de « l'étranger » et du « pauvre » que celle de « l'étranger en situation irrégulière ». Que des étrangers en situation irrégulière aient accès à une couverture sociale est une chose connue et intégrée par les agents. C'est la question de l'accès aux soins gratuits, de manière générale, qui peut être contestée.

Cela n'est acceptable, selon les agents, que si ces personnes sont de « bons » pauvres. Il est donc important pour eux de distinguer ces personnes parmi le groupe des usagers, et de laisser de côté les « fraudeurs » et les « touristes médicaux ». Pour être classées dans la catégorie des « bons pauvres », les personnes doivent faire montre d'un bon comportement (jugé conforme à leur position), mais aussi prouver qu'elles appartiennent bien à la collectivité à laquelle elles demandent assistance. Or, les étrangers, en tant que non-nationaux, sont plus facilement considérés comme des « extérieurs ». Et peuvent ainsi être plus aisément suspectés d'être de « mauvais pauvres ». C'est ainsi plus en tant que « pauvres », « non travailleurs » et « étrangers » (au sens de non intégrés à la collectivité) que les demandeurs de l'AME peuvent être jugés légitimes ou illégitimes.

La condition d'irrégulier peut toutefois venir teinter les manières dont les agents des CPAM catégorisent les usagers. En effet, les demandeurs de l'AME sont renvoyés à leur rang d'étrangers en situation irrégulière. Les agents plaquent ainsi l'image qu'ils ont des « sans-

papiers » sur ces personnes. Ces dernières sont ainsi plus favorablement perçues comme des pauvres, obligés de se débrouiller pour s'en sortir parce que l'Etat les place en situation d'invalidité face au travail. N'étant pas autorisées à travailler, il est normal qu'elles n'aient que peu de ressources. L'image du « sans-papiers » joue alors sur les modes de catégorisations des agents, ces derniers plaçant plus aisément et immédiatement ces demandeurs dans la catégorie de « bons pauvres » que d'autres usagers (notamment ceux de la CMU-C dont la réalité de la pauvreté est bien plus remise en cause). Ces perceptions des étrangers en situation irrégulière sont particulièrement présentes au guichet où les agents rencontrent ces usagers, et où ces derniers peuvent user de stratégies de présentation de soi et d'exposition de leur misère. Elles sont moins fortes dans les services de back-office, où l'absence des usagers peut laisser plus de place au soupçon vis-à-vis des « fraudeurs » et des « touristes médicaux ».

L'irrégularité ne discrédite donc pas, mais vient colorer les figures d'étrangers par les dispositifs particuliers dans lesquels elle les place. Articulée à d'autres variables, elle peut même s'avérer protéger les demandeurs de l'AME en les rendant plus légitimes à obtenir une aide sociale. Les demandeurs de l'AME peuvent ainsi être vus à la fois positivement ou défavorablement en fonction des éléments qui sont retenus pour les catégoriser. Finalement, c'est plus le fait de bénéficier de l'AME, plutôt que celui d'être en situation irrégulière, qui est stigmatisant, puisque être en situation irrégulière ne signifie pas forcément être traité différemment et renvoyé à une place inférieure. L'irrégularité n'est donc pas discréditante, mais le fait de bénéficier de l'AME l'est, car ce statut ne se résume pas à une situation d'irrégularité.

CHAPITRE 6 : DES CATEGORIES ETHNO-RACIALES
--

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'irrégularité ne discréditait pas les demandes des usagers de l'AME mais que les préjugés des agents des CPAM à leur propos pouvaient jouer dans leur catégorisation entre bons et mauvais pauvres. Nous avons vu aussi que les études se sont peu intéressées aux interférences du statut d'irrégulier, se focalisant plus sur la question des catégorisations ethno-raciales qui, ont-elles montré, avaient des conséquences sur la qualité des soins dispensés. Qu'en est-il en matière d'AME ? Ou, plutôt, qu'en est-il lorsque les personnes sont également en situation irrégulière ? Les agents catégorisent-ils les usagers en fonction de leur origine réelle ou supposée ? Des catégorisations ethniques ont-elles cours à l'accueil ou dans les services de back-office des CPAM ?

Les recherches en santé ont montré que les membres du personnel hospitalier pouvaient opérer des catégorisations ethniques et traiter en conséquence leurs patients, exerçant ainsi des discriminations à leur encontre (Kotobi, 2000 ; Cagnet, Bascougnano et Adam-Vézina, 2009 ; Bascougnano, 2009 ; Sauvegrain, 2012). Le même constat a été fait à propos du travail (Jounin, 2009) ou du logement (Bourgeois, 2015). Les usagers sont catégorisés en fonction d'une ethnie supposée à laquelle les professionnels accolent des comportements spécifiques, ce qui justifie alors des traitements différentiels. Nous pouvons alors nous demander si le traitement à l'écart des étrangers en situation irrégulière se redouble de catégorisations ethniques en matière d'AME ?

Nous verrons tout d'abord que, bien que les agents des CPAM puissent construire et user de catégories ethno-raciales, celles-ci s'adressent en réalité peu aux demandeurs de l'AME. En nous intéressant plus concrètement aux usages de ces catégories, nous verrons que leur utilisation permet aux agents de créer du collectif et de casser la monotonie de leurs activités. Nous aborderons également la question de l'accès aux droits et des discriminations à travers l'exemple de la prise en charge des ressortissants communautaires inactifs. Nous verrons alors que le recours à la catégorie ethno-raciale se fait en réalité plus à l'égard de populations intégrées qui bénéficient de prestations comme la CMU et la CMU-C, que de celles en situation irrégulière qui semblent finalement suffisamment altérées par leur statut administratif.

6.1 DES LECTURES ETHNO-RACIALES DES CATEGORIES DE BONS ET MAUVAIS USAGERS

Nous avons vu que c'est le statut administratif de la personne qui permet de lui attribuer une prestation : être ou non en situation irrégulière, l'être mais avoir également un conjoint ou parent français. Les agents des CPAM prennent en compte ces statuts de manière très technique, uniquement pour classer les individus qui se présentent face à eux. Toutefois, comme nous venons de le voir, ils construisent également des catégories d'usagers qui orientent les rapports qu'ils ont avec eux. Et ils peuvent avoir de forts soupçons quant au fait que les usagers abusent du système, que ce soit en mentant sur le montant de leurs ressources ou sur la durée de leur séjour. Ces soupçons visent en général des catégories évasives, telles que « les touristes médicaux », qui ne touchent certes que les étrangers mais sans distinction de nationalité ou le « mauvais pauvre » qui peut s'adresser à n'importe qui. Ces catégorisations prennent cependant parfois des formes nationales, voire ethniques ou raciales, les désignations par nationalité recouvrant en fait des traits culturels ethnicisés ou racisés.

L'usage de telles catégories est néanmoins rare dans les CPAM. Dans la plupart des cas, les usagers ne sont pas renvoyés à leur nationalité ou à une ethnie ou une race supposée. Nous avons retrouvé des processus de catégorisations ethno-raciales surtout au centre des Aubépines, et au service de réglementation expert pour un cas très spécifique de population. Voyons tout d'abord comment les agents peuvent construire des catégories ethno-raciales et sur quels éléments ils se basent pour cela, avant de nous intéresser plus amplement à ces figures particulières et à leur emploi.

6.1.1 LA CONSTRUCTION DE CATEGORIES ETHNO-RACIALES DANS LES CPAM

Les agents d'accueil ne connaissent pas forcément la nationalité des assurés. Ils n'ont pas immédiatement accès à cette information. Ils peuvent la découvrir en leur demandant leur carte d'identité ou leur titre de séjour, ou quand cette dernière a déjà été renseignée dans leur dossier informatique¹⁰⁸. Mais lorsqu'au début de l'interaction ils demandent à l'utilisateur sa carte vitale, ils ne peuvent faire que des suppositions, la carte vitale ne fournissant aucune indication sur la nationalité de son détenteur. Elle permet par contre de connaître son pays de naissance, puisque cette information est contenue dans son numéro d'inscription au répertoire de l'INSEE (NIR). Ce dernier donne les mois, année et département de naissance de l'assuré.

¹⁰⁸ Les agents indiquent la durée de validité des titres de séjour dans les dossiers informatiques des assurés. Ils peuvent préciser à ce moment la nationalité de la personne.

A partir du NIR suivant : 2 94 08 93 025 056, on sait par exemple que la personne est une femme (2), née en août (08) 1994 (94) dans le département de la Seine-Saint-Denis (93). Si la personne est née à l'étranger, à la place du numéro de département figure le numéro 99 suivi de l'indicatif du pays de naissance. Le NIR d'une femme née le 2 août 1975 en Turquie commencera ainsi par : 2 75 08 99 208. 208 étant l'indicatif de la Turquie.

En matière de demande d'AME, par contre, la nationalité du demandeur ainsi que son pays de naissance doivent être renseignés dans le formulaire, les agents peuvent donc les connaître. Pour les autres usagers, ce n'est le cas que si les agents maîtrisent les indicatifs des pays. Dans les trois centres où nous avons enquêté, seuls les agents des Aubépines les connaissent et les utilisent pour désigner certains usagers, mais aussi pour se désigner entre eux en plaisantant, lorsque leurs parents sont originaires d'un pays étranger.

Quand ils les utilisent à propos des usagers, cela leur permet de désigner un groupe homogène de personnes qui partageraient les mêmes pratiques et auraient des traits de comportement distinctifs. Parmi ces nationalités, on retrouve celles des pays dont sont originaires les parents de certains agents (le Maroc pour Medhi et Ryzlène, l'Algérie pour Houda et Haïti pour Claire), mais aussi le Mali et la Turquie. Tandis que la connaissance des indicatifs du Maroc, de l'Algérie et d'Haïti sert surtout aux agents à plaisanter entre eux, celle de ceux du Mali ou de la Turquie est utilisée pour catégoriser certains types de demandeurs. Le fait d'être né au Mali (les « 335 ») ou en Turquie (les « 208 ») induit donc un certain type de comportement de la part des usagers. Ces catégorisations qui pourraient sembler « nationales », puisqu'elles renvoient à une « origine nationale », ne le sont pas forcément. A partir de l'indicatif du pays, les agents peuvent déduire des généralités sur un groupe plus vaste de populations ethnicisées ou racisées qui seraient représentées par cet indicateur.

Au centre des Aubépines, on repère l'usage de plusieurs catégorisations ethno-raciales telles que les « 335 », l'indicatif du Mali sert ainsi à dépeindre ces personnes sous les traits du « bon Noir » avec qui l'on peut rigoler. On retrouve également au guichet, de manière plus générale, la catégorisation des « Chinois » présentés comme des usagers idéaux car toujours très bien organisés et ayant des dossiers parfaitement préparés. A tel point que les agents se demandent en même temps s'ils ne sont pas aidés par la « mafia chinoise ». Nous allons étudier ici la construction et l'usage de deux catégorisations : celle des « 208 » à l'accueil, et celle des « Roms-Roumains » au service expert.

6.1.2 LES « 208 »

La catégorie qui revient le plus souvent au guichet est celle des « 208 ». 208 est l'indicatif de la Turquie. La catégorie « 208 » comprend ainsi les personnes qui sont nées en Turquie mais aussi celles qui ont les traits, l'allure et l'attitude que les agents qualifient de « turc » et qui leur permettent de les repérer dès le premier regard. Ainsi, Monique s'exclame plusieurs fois au pré-accueil, sarcastique : « *Hum... Ça sent le « 208 »* » ou « *Tiens, en voilà encore un* », avant même d'avoir vu sa carte vitale. L'origine turque est ainsi tout autant supposée que réelle dans ces catégorisations. Selon les agents, les personnes dites d'origine turque partageraient ainsi des pratiques et des valeurs, et se comporteraient par conséquent de la même manière. On est ainsi face à une catégorisation ethnique des usagers.

Les « 208 » sont désignés comme de « gros fraudeurs » qu'il faut particulièrement surveiller : menteurs, abuseurs, ils cherchent par tous les moyens à obtenir des prestations auxquelles ils n'ont pas droit. Ils sont soupçonnés de trafic de contrats de travail et de fiches de paye pour faire croire qu'ils gagnent des salaires de misère. Plus que de faux pauvres, ils sont dépeints sous les traits perfides de l'arnaqueur. Il est alors du devoir des agents de déjouer toutes leurs fraudes et de veiller particulièrement sur ce public qui représente en fait, au guichet des Aubépines, l'incarnation du « fraudeur » :

Un monsieur passe au pré-accueil avec Monique pour une AME. Elle demande : « *Vous n'avez pas de papiers ?* ». « *Si, j'ai un titre de séjour* ». Monique : « *Alors, vous ne dépendez pas de l'aide médicale, mais de la CMU* ». Le monsieur : « *Oui, mais j'ai eu un refus CMU* ». Elle regarde le papier : en fait monsieur a eu un refus à cause du montant de ses ressources. Elle lui dit : « *Vous ne pouvez rien avoir. Vous avez quoi comme ressources ?* ». « *Rien, je suis hébergé et nourri par mon frère* ». Elle s'exclame : « *Ah, j'aimerais bien être à votre place !* ». Il rit. Une fois parti, elle me dit qu'ils essaient car ils savent que l'AME c'est gratuit. Je demande : « *Mais ils ne savent pas que c'est pour les sans-papiers ?* ». Monique : « *Si, mais ils essaient quand même. T'as vu, il rigolait le monsieur* ». Je reviens quelques minutes plus tard au pré-accueil. Le monsieur est toujours là. Il voulait qu'on lui remplisse une déclaration sur l'honneur, mais Monique a refusé. Quelqu'un dans la salle l'a fait pour lui. Le monsieur jette le dossier sur le comptoir. Monique s'exclame « *Cela ne sert à rien d'être désagréable, on applique la législation* ». Elle me dit ensuite : « *Comment tu veux que j'aime la CMU après !* », puis elle ajoute : « *Il demande la CMU, alors que je sais qu'il a des ressources* ». Je lui demande comment elle le sait, elle me rappelle qu'il a eu

un refus ressources. Elle continue : « *C'est eux qui sont désagréables en plus après ! Tiens en voilà d'autres* ». Elle m'explique que pour les deux nouveaux assurés qui se présentent les droits à l'arrêt de travail ont été consolidés au 16 novembre, ce qui signifie qu'ils ne sont plus payés. Elle commente : « *Ils arrivent et font genre qu'ils n'ont pas compris alors qu'ils savent très bien ! Et ça fait trois mois que ça dure !* ». Puis elle ajoute : « *Les plus truands et menteurs de tous, c'est les 208 !* ». Elle me dit que la dame contre qui Mathieu a porté plainte est une 208. Elle l'a menacé de mort car il a refusé de lui mettre le tampon pour les lunettes en CMU-C, alors qu'à l'époque du devis elle n'avait pas la CMU-C. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 24.02.10).

Certains agents, comme Monique, les soupçonnent ainsi systématiquement de vouloir frauder, et redoublent de précautions lorsqu'un usager qu'ils catégorisent comme « 208 » se présente au guichet :

Un monsieur vient pour rattacher sa femme sur son numéro de Sécurité sociale. Monique s'aperçoit qu'il y a un problème avec son dossier : il n'a plus de chômage, d'Assedic ou de RMI et n'a plus aucun droit à l'assurance maladie. Elle lui donne donc un formulaire pour faire une CMU de base. Elle lui a posé de nombreuses questions sur sa situation et insiste énormément pour connaître ses ressources (« *Comment vous faites pour payer votre crédit ? Vous travaillez au noir ?* ») alors qu'on est au pré-accueil, qu'elle n'a que trois minutes pour le recevoir et que ces renseignements sont habituellement recueillis en deuxième niveau. Elle m'explique ensuite : « *On a beaucoup de problèmes avec les « 208 »* ». Elle pense que le monsieur a présenté une fausse carte d'identité car il déclare n'avoir aucun revenu et dit travailler au noir seulement de temps en temps alors qu'il vient de s'acheter un appartement pour lequel il paie un crédit de 420 euros par mois. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 24.07.09).

Les « 208 » sont également présentés comme désagréables ou prenant les agents pour des idiots et cherchant à abuser d'eux :

Une personne vient pour une demande de CMU-C. Monique me dit : « *Tu vois c'est encore un « 208 » !* ». Ils sont deux mais le dossier ne contient que les bulletins de paie du conjoint, ce qu'elle lui fait remarquer. La personne s'exclame : « *Ah bon, il faut les deux ?* ». Monique me dit qu'ils savent très bien qu'il faut les deux et tentent juste de tricher pour obtenir la CMU-C. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 24.07.09).

Certains agents érigent alors en mission le fait de lutter contre la fraude des « 208 » et de la débusquer. Plus que le touriste médical, c'est le « 208 » qui est dans leur collimateur. Le « 208 » est ainsi l'archétype du fraudeur au guichet des Aubépines. Monique mène particulièrement cette action, suivie par Medhi. Ils rigolent fréquemment lorsque ce numéro est appelé par l'agent du pré-accueil¹⁰⁹. Alors qu'ils travaillent sur des dossiers en back office, à plusieurs reprises, ils attendent le moment où l'agent appelle ce numéro pour crier « 208 ! » ou « *A la trappe !* », ces propos pouvant être entendus depuis la salle d'attente puisque les bureaux du back-office sont situés juste derrière les box et que l'espace est très petit (cf. figure n°2).

Au pré-accueil, ayant l'impression que les « 208 » sont très nombreux dans la salle, Monique s'exclame : « *Je les attends armée jusqu'aux dents ! A la trappe !* » (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 04.03.10)

Leur nationalité, turque, n'est ainsi jamais prononcée. Il y a connivence entre les agents sur l'emploi du terme « 208 », qui est compris par tous, ainsi que ce qu'il implique : le risque de fraude de cette population. Monique et Medhi ne cessant de l'utiliser, ce mot se diffuse au reste du service, notamment à travers des blagues.

Alors qu'ils regardent pour se faire livrer des pizzas, Mathieu, qui n'utilise généralement pas trop les indicatifs pays dans l'exercice de son travail, voit qu'il y a une pizza haïtienne et s'exclame « *Pizza 410 !* ». Monique réagit : « *T'imagines une pizza 208 !* ». Mathieu rigole : « *Oh, je fais une indigestion* ». Et Monique de surenchérir : « *Pizza CAFA¹¹⁰ ! Pizza frauduleuse !* » (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 24.02.10).

Certains agents refusent toutefois de rentrer dans ce jeu, qualifiant ces propos de racistes. Gladys explique ainsi : « *Les Turcs sont soupçonnés de fraude et de truanderie. C'est du racisme parce qu'ils ne nomment même plus la personne, ils n'ont plus d'identité, c'est juste des « 208 »* ». Pour elle cette stigmatisation des Turcs peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a aucune personne d'origine turque dans les employés du centre, alors qu'il y a des Marocains ou des Algériens, que Claire est d'origine haïtienne et qu'auparavant il y avait une Sénégalaise dans l'équipe, ce qui, selon elle, « *a permis d'éviter la propagation de ce type de présupposés pour les personnes de ces origines-là* »¹¹¹. On est ainsi ici face à une catégorisation utilisée individuellement mais dont l'usage est étendu à de nombreux agents au

109 Pendant plusieurs jours le logiciel ne fonctionnait pas lors de notre observation, et les agents étaient obligés d'appeler à voix haute les numéros d'attente des usagers.

110 « CAFA » est l'acronyme de la procédure que les agents doivent déclencher lorsqu'il suspecte une fraude, les dossiers sont alors dits classés en « CAFA ».

111 Journal de terrain, Centre des Aubépines, 01.03.10.

sein d'un centre, et devient ainsi plus collectif qu'individuel, malgré les réticences de certains agents à vouloir l'employer.

6.1.3 LES « ROMS-ROUMAINS »

L'autre figure ethnicisée très présente lors de notre observation est celle des « Roms-Roumains ». Sur le terrain, c'est le terme « Roms » qui est employé par les agents, mais ces derniers nomment de cette façon l'ensemble des usagers de nationalité roumaine. Ils ne savent pas du tout si la personne est Rom ou non, mais le présupposent. Plus exactement, ils amalgament en fait « Roms » et « Roumains ». C'est pour cela que nous préférons nommer cette catégorie les « Roms-roumains » plutôt que les Roms. A l'inverse, les ressortissants bulgares ou hongrois ne sont pas suspectés d'être Roms alors même que ces pays comprennent une part importante de ces populations.

Dans notre recherche, nous avons observé deux emplois distincts de cette figure. Tous deux portent sur les pratiques et modes de vie dits « culturels » de ces populations. C'est en fonction d'une culture supposée que les agents les appréhendent. Les personnes d'origine roumaines sont ainsi perçues comme agissant toutes de la même manière. Ce sont donc des catégories ethnicisées.

Un premier emploi de la figure « Rom-Roumain » a cours au service AME. Il sert alors à désigner des dossiers compliqués. Au moment de l'enquête, les demandes des Roumains sont considérées comme particulièrement complexes. A cette période se posent en effet des questions réglementaires quant à la prise en charge des enfants mineurs (de parents en situation irrégulière) qui sont eux-mêmes parents, comme nous l'avons vu au chapitre quatre. Pour autant, ce n'est pas la situation ou l'âge de la personne qui permet de classer ce dossier en tant que « complexe », mais bien la nationalité des personnes. Avoir des enfants alors même qu'on est encore mineur est ainsi perçu comme une pratique culturelle propre à la « communauté Rom ». Les roumains étant amalgamés aux Roms, lorsque les agents instructeurs voient un dossier de Roumain, ils craignent alors de tomber sur un cas complexe. C'est pourquoi certains d'entre eux préfèrent ne pas instruire de demandes déposées par des Roumains, pensant ainsi s'éviter des dossiers problématiques.

En prenant un nouveau dossier, Françoise s'exclame : « *Oh ! Des Roumains...* » Elle essaie de l'échanger. Aurélie lui propose à la place des « NPAI » (dossier renvoyé à la caisse par la poste, car la personne « n'habite pas à l'adresse

indiquée »), c'est-à-dire des mises à jour, que Françoise s'empresse d'accepter. (Journal terrain, 29.05.09).

Les dossiers étant instruits en fonction de leur jour d'arrivée, cette pratique n'a finalement que peu d'effet : ces dossiers seront forcément traités à un moment ou un autre, et cela assez rapidement. Leur instruction peut au pire être reportée au jour suivant si l'agent ne les découvre qu'en fin de journée, mais rien de plus.

Un deuxième emploi de la figure des « Roms-roumains » a été observé au sein du service de réglementation expert, et a, lui, bien plus de conséquences en termes d'accès aux droits et aux soins. Ici les « Roms » sont perçus comme des individus extrêmement pauvres, qui vivent dans des conditions précaires dans des caravanes, et qui ont tendance à mendier ou à voler pour vivre. On retrouve ainsi les préjugés classiques sur les Roms. Ici aussi les populations roms sont amalgamées aux Roumains, sans doute du fait de la proximité sonore entre ces deux termes, comme si le nom « Roms » n'était finalement qu'un diminutif pour désigner le Roumains. Les cadres expertes les perçoivent comme de mauvais pauvres, comme des « touristes médicaux » représentant un « coût » qui pèse sur la communauté et qu'il s'agit de limiter (comme nous allons le voir plus en détail au point 6.2.2.).

6.2 LES USAGES DES CATÉGORIES ETHNO-RACIALES

Intéressons-nous maintenant aux emplois et aux effets de ces catégorisations. A quelles fonctions l'usage de ces catégories répond-il dans les CPAM et quelles conséquences a-t-il sur l'accès aux droits et aux soins ?

6.2.1 L'HUMOUR : UNE MANIÈRE DE CRÉER DU COLLECTIF

La question du racisme et des discriminations raciales en fonction de l'origine supposée d'une personne et des comportements subséquents qu'on lui attribue est ainsi présente dans les accueils. Bien que faible ou ayant peu d'incidence sur l'attribution du dossier dans la majorité des centres observés, elle prend une forme particulière dans celui des Aubépinés, où une personnalité comme Monique semble alimenter ces réflexions. Son statut de doyenne de l'accueil (qu'elle partage avec Gladys qui prône un tout autre type de comportement) permet d'assurer un peu plus de visibilité et de poids à ses idées, notamment auprès de Medhi, le benjamin du centre, qui est en formation et apprend son métier à son contact, se retrouvant souvent en binôme avec elle à l'accueil.

Dans le discours de Monique, les étrangers, de manière générale, sont responsables des problèmes que rencontrent à la fois le système social français mais aussi les agents chargés de le mettre en œuvre. Soulignant que c'était « *mieux avant* » quand il y avait moins d'étrangers à l'accueil et que l'on délivrait moins la prestation « *à tout va* », elle s'amuse parfois à mettre en place des systèmes de comptabilité pour étayer ses propos.

Au pré-accueil, Monique discute avec Sébastien. Elle trouve qu'il y a beaucoup de « *blacks* » qui viennent au centre et dit que « *même une collègue qui est elle-même black en a marre de servir que des blacks* ». Elle passe ensuite de « *blacks* » à « *personnes de couleur* » en me disant : « *Sur 300 personnes reçues, 150 sont de couleur* » l'air de dire que c'est vraiment beaucoup. Personnes de couleur semble ici signifier « *noires* », puisque, décidant de les compter pour voir combien il y en a, elle prend un papier et trace un bâton dès qu'une personne stigmatisée comme « *noire* » entre dans le centre, en s'exclamant : « *Ah encore !* ». Medhi vient les voir et elle lui explique qu'ils comptent le nombre de personnes « *de couleur* » qui entrent. Il éclate de rire, l'air de trouver cela très drôle, et ne semblant pas se sentir inclus dans les « *personnes de couleur* », bien que d'origine marocaine et stigmatisable comme « *arabe* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 04.03.10).

Dans cet exemple, nous voyons tout d'abord que Monique opère un glissement entre la catégorie administrative des « *étrangers* » et celle racisée des « *noirs* », puisqu'elle ne compte finalement que ces personnes. Surtout, nous voyons que ses propos servent à créer du collectif. Medhi, qui est pourtant stigmatisable en tant qu'« *arabe* » rit de ses blagues, ne se sentant peut-être pas visé, puisque les propos de Monique ne le concernent pas directement. Mais, surtout, rire avec son collègue permet dans ces cas-là, particulièrement pour un débutant, de lui montrer qu'on a acquis les règles de la profession (Le Lay et Pentimalli, 2013). En partageant les blagues de Monique à propos des « *208* », et en y participant activement, Medhi s'intègre, lui prouve qu'il a acquis les codes professionnels, et qu'il est un guichetier « *chevronné* ».

Un premier usage de ces catégories semble ainsi être de produire à la fois de la connivence, du lien entre les agents, en créant notamment du collectif, soit un « *nous* » (les agents) face à un « *eux* » (les mauvais usagers, qui cherchent à abuser du système, à passer outre le contrôle de l'agent et qui mettent en péril le système). Cela ressort particulièrement de l'emploi de la figure du 208 et de l'attitude des guichetiers du centre des Aubépines. Il est intéressant de voir que c'est d'ailleurs dans les centres d'accueil où les guichets des pré-accueils sont les plus proches et où les agents échangent le plus collectivement (les Aubépines et les Tourelles) que

les catégories ethno- raciales ou de « mauvais » usagers sont plus librement énoncées. Au guichet des Aubépines, les deux postes de pré-accueil sont en effet côte-à-côte (cf. figure n°2), ce qui permet aux agents de se montrer leurs dossiers ou de commenter entre eux les réactions des usagers en leur présence et de rire ensemble des situations :

J'arrive au pré-accueil, Monique est en train de dire : « *Les « 208 », qu'est-ce qu'elles peuvent être culottées ! Petites merdeuses !* ». Avec Medhi, ils appellent le numéro suivant et elle lui dit « *Regarde, j'en ai une !* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 02.03.10).

Au centre du Parc, les agents sont très éloignés et ne peuvent communiquer entre eux. Au centre des Tourelles, les postes sont plus rapprochés. Les agents peuvent parler entre eux et commenter les entretiens des autres, particulièrement lorsque les trois postes sont occupés. Dans ce centre, les agents cherchent également à produire du collectif. Les guichetières sont très soudées. Le vendredi, chacune apporte un gâteau pour égayer l'atmosphère de travail et le rendre plus convivial. Chacune connaît la vie privée de l'autre et il leur arrive également de se voir en-dehors du temps de travail. Ces liens renforcent le collectif. Ce dernier se révèle au guichet dans une opposition « nous » (les agents)/« eux » (les usagers) qui est très forte, mais qui s'exprime plus souvent à travers les figures du « mauvais usager » qui cherche à abuser du système, de l'utilisateur « prêt à tout », ou encore de l'utilisateur « irresponsable » qui ne tient pas compte des procédures, ne fait pas ce qu'on lui demande dans les temps ou n'a aucune conscience des normes de l'échange administratif (comme en témoigne l'exemple ci-dessous), qu'à travers les catégorisations ethniques (comme c'est le cas aux Aubépines).

Un jeune vient réclamer un dossier d'AME. Il parle et est habillé (jogging, baskets) comme une « racaille ». A peine entré dans le centre, il se dirige directement au pré-accueil sans faire la queue. Laurence lui demande sa carte d'identité, comme il répond que ce n'est pas pour lui, elle lui dit qu'elle ne peut pas le renseigner. Il répond : « *Ah ouais, ok* » et s'en va sans insister en nous disant : « *Salut !* ». Tout le monde rigole, même un assuré qui est aussi au pré-accueil. Marine s'exclame : « *Ouais, c'est ton pote !* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 13.04.10).

Au pré-accueil, un monsieur a du mal à parler français. Il demande « *CMU c'est bon ?* ». Marine, qui semble agacée de sa venue, lui répond : « *Non. CMU c'est pas bon, CMU déposée mi-février, donc CMU attendre* ». Diane, qui est à l'autre guichet du pré-accueil, se marre. Le monsieur ne le prend pas mal. Il comprend et s'en va. Après son départ, Diane dit à Marine : « *Avec le Paki tu m'as fait trop*

rire ! ». Marine : « *Mais, il n'y a que ça qu'ils comprennent, avec des petits mots. Si tu fais des longues phrases, ils ne comprennent pas !* ». Diane : « *Je sais !* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 08.04.10).

Rire de l'autre, c'est-à-dire de l'utilisateur, permet ainsi de se détendre. Chercher la connivence offre également la possibilité de casser la routine du travail, ce dernier étant souvent perçu comme monotone, inintéressant et stressant¹¹². Les « particularités » des usagers (leur parcours migratoire, leur culture différente, leurs vêtements exotiques, leurs accents ou leurs noms à consonance étrange ou imprononçable) servent alors de distractions dans ce quotidien rébarbatif, où les agents répètent sans cesse les mêmes actions et reçoivent souvent le même type de dossiers et de requêtes. Au service AME, Charles s'amuse ainsi à prononcer à voix haute et à toute vitesse les noms de famille sri lankais, ces derniers étant réputés pour être très longs. Quand certains agents récupèrent des dossiers de Sri Lankais, ils donnent alors les noms des usagers à Charles en l'interpellant d'un : « *Charles, j'ai un pote à toi !* », attendant que ce dernier le lise à voix haute.

Les catégories peuvent ainsi être utilisées de manière ludique, finalement déconnectées du rapport aux usagers, comme dans certains usages de la catégorie « 208 ». Son emploi ne vise pas toujours les usagers, mais plus le rire et la cohésion, notamment à travers l'exemple des « pizza 208 » et « pizza CAFA » cité plus haut où celui des rires déclenchés par l'appel du numéro « 208 » en salle d'attente. Certains agents concourent ainsi à faire la meilleure blague à leur propos et la meilleure utilisation de ce terme, sans même que l'utilisateur puisse être réellement présent. La catégorie « 208 » ne sert ainsi pas toujours à désigner une personne précise ou un type de comportement, mais est utilisée comme une sorte de défouloir permettant à la fois de casser la monotonie du travail, de se détendre dans une atmosphère stressante et de renforcer le collectif professionnel. Tous les agents n'adhèrent néanmoins pas à ces pratiques (comme Gladys ou Claire).

L'utilisation de catégories ethno-raciales n'a ainsi pas forcément des conséquences, notamment en termes discriminatoires, sur l'accès aux soins. Cette ethnicisation des usagers doit d'ailleurs s'entendre dans un contexte plus large d'ethnicisation des rapports sociaux (De Rudder et al., 2000). Les agents du centre des Aubépines recourent ainsi également aux indicatifs pays pour se nommer entre eux, en ironisant sur les clichés, mais en les faisant aussi à la fois perdurer puisqu'ils les reprennent à leur compte. Houda, Ryzlène et Medhi se titillent ainsi souvent à propos des origines des uns et des autres, se traitant de « 350 » (Marocain) ou

112 Nous reviendrons plus en détail sur ce point au chapitre huit.

« 352 » (Algérien). De temps en temps, Claire, d'origine haïtienne, est un peu intégrée à la conversation, mais elle y participe peu.

6.2.2 L'ETHNICISATION COMME PROCESSUS D'ALTÉRISATION : QUAND LE RECOURS À L'ETHNICITÉ SERT LA MISE À L'ÉCART AU SEIN DE L'AME

Nous allons maintenant nous intéresser aux effets des usages de la catégorie « Rom-Roumain » au service de réglementation expert. Comme nous l'avons vu, les cadres expertes sont chargées de retraduire la réglementation nationale au sein de notes d'instruction internes. Pour cela, elles doivent s'appuyer sur les textes à leur disposition, mais aussi, parfois, sur leur interprétation, les textes n'étant pas toujours clairs ou n'allant pas forcément dans le même sens. Il arrive toutefois également que ce soient les catégories morales des agents qui guident leurs interrogations et leurs actions, comme ce fut le cas au sein de la Caisse des Champs au début de l'année 2007, lorsque la Roumanie et la Bulgarie intégrèrent l'Union européenne (UE). Nous n'étions pas présente à la CPAM à cette période, mais nous avons pu retracer les cheminements des agents grâce aux archives auxquelles nous avons eu accès lors de notre observation, et en interrogeant les agents sur cette période.

En 2007, l'entrée de ces deux pays dans l'UE modifie le statut des ressortissants roumains et bulgares du point de vue, entre autres, de l'accès à l'Assurance maladie. Désormais citoyens européens, ils dépendent dorénavant de la CMU de base et complémentaire, et non plus de l'AME (comme c'était le cas auparavant pour ceux qui n'étaient pas en situation régulière). En tant que ressortissants communautaires, ils n'ont plus à fournir de titre de séjour, puisqu'ils sont considérés automatiquement en situation régulière (cf. chapitre un). Les cadres expertes, amalgamant les Roumains aux Roms, et percevant ces derniers comme des mendiants et des fraudeurs, craignent alors que leur prise en charge représente un coût exponentiel pour le système de santé français. Pour éviter la banqueroute du système, elles décident alors d'une lecture restrictive des textes, et vont ainsi appliquer une loi, avant même que ses décrets d'application soient publiés, et ce seulement à l'égard des Roumains et des Bulgares, alors même que la réglementation s'adresse à l'ensemble des ressortissants communautaires et que les distinctions nationales sont interdites en droit français.

6.2.2.1 LES ROMS-ROUMAINS DANS LA LIGNE DE MIRE

La loi du 24 juillet 2006, dite loi Sarkozy, qui retranscrit dans le droit français une directive européenne, durcit en effet les conditions d'affiliation des citoyens européens. Son article 23 prévoit en effet que tout citoyen de l'Union européenne, tout ressortissant d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse n'exerçant pas une activité professionnelle en France (étudiants ou en formation professionnelle, demandeurs d'emploi ou retraités) a le droit d'y séjourner pour une durée supérieure à trois mois, uniquement s'il dispose pour lui et les membres de sa famille d'une assurance maladie et de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour l'Etat français. Cette loi fixe de nouvelles conditions au séjour des citoyens européens, puisque les ressortissants communautaires, ne justifiant pas de ces deux éléments, ont désormais le droit de circuler en France, mais plus de s'y établir. Ils sont dès lors considérés, au-delà de trois mois de séjour, comme des personnes en situation irrégulière et sont alors expulsables (à l'exception des personnes qui se maintiennent en France pour y rechercher un emploi)¹¹³ et dépendent dès lors de l'AME. Cette loi remet ainsi en cause le principe établi par la circulaire du 3 mai 2000 : les citoyens européens peuvent désormais aussi être considérés en situation irrégulière.

Encadré 8 : Article 23 de la loi du 24 juillet 2006

L'article 23 de la loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration a modifié l'article L.121-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. L'article 23 est une transposition en droit français de la directive communautaire n°2004/38/CE du 29 avril 2004 relative aux droits des citoyens européens de circuler et séjourner dans l'Union européenne. Article L.121-1 : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, tout citoyen de l'Union européenne, tout ressortissant d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse a le droit de séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois s'il satisfait à l'une des conditions suivantes :

- 1°) S'il exerce une activité professionnelle en France,
- 2°) S'il dispose pour lui et pour les membres de sa famille tels que visés au 4° de

113 Le 4ème alinéa de l'article R.121-4 du CESEDA dispose que « Les ressortissants mentionnés au premier alinéa de l'article L.121-1 entrés en France pour y rechercher un emploi ne peuvent être éloignés pour un motif tiré de l'irrégularité de leur séjour tant qu'ils sont en mesure de faire la preuve qu'ils continuent à rechercher un emploi et qu'ils ont des chances réelles d'être engagés ».

ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, ainsi que d'une assurance maladie,

3°) S'il est inscrit dans un établissement fonctionnant conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur pour y suivre à titre principal des études ou, dans ce cadre, une formation professionnelle, et garantit disposer d'une assurance maladie ainsi que de ressources suffisantes pour lui et les membres de sa famille tels que visés au 5° afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale,

4°) S'il est un descendant direct âgé de moins de vingt et un ans ou à charge, ascendant direct à charge, conjoint, ascendant ou descendant direct à charge du conjoint, accompagnant ou rejoignant un ressortissant qui satisfait aux conditions énoncées aux 1° ou 2°,

5°) S'il est le conjoint ou un enfant à charge accompagnant ou rejoignant un ressortissant qui satisfait aux conditions énoncées au 3° ».

Ses décrets d'application n'ayant pas encore été publiés, l'article 23 n'est pas encore applicable en janvier 2007. Bien que cette loi ait été votée six mois auparavant et qu'elle n'ait jusqu'à présent pas été mobilisée par les agents des caisses, c'est au moment de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne que les cadres expertes et les responsables du département d'accès aux soins s'interrogent sur l'application à en faire.

D'un point de vue temporel, le lien semble évident. Il est d'ailleurs clairement établi au sein du courriel du 3 janvier 2007, par lequel la responsable du département de l'accès aux soins saisit la CNAMTS, et qui commence ainsi : « Suite à l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, des ressortissants de ces deux Etats se présentent dans les accueils de la CPAM afin de demander des droits sociaux [...] la délivrance d'un droit semble se heurter aux dispositions de l'article 23 de la loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 ».

Ce lien paraît également très clair pour l'ensemble des agents du département de l'accès aux droits. Ainsi, quand on leur demande quand la situation a changé, les responsables répondent : « Depuis l'entrée de la Roumanie en 2007 »¹¹⁴ ou encore « Depuis l'entrée des Roms, avant cela ne posait aucun problème »¹¹⁵. Elles expliquent alors que c'est l'antenne locale de l'association Médecins du Monde qui a soulevé la question la première et a déclenché l'intérêt

114 Corine, adjointe de la responsable du département de l'accès aux droits, lors de la présentation des dispositifs auprès de la Maison de la santé, 02.06.09.

115 Nora, cadre du service AME, lorsqu'elle m'explique la législation, 11.03.09.

de la CPAM pour cet article. Cette association est habilitée à constituer les demandes d'Aide Médicale de l'Etat mais pas de Couverture Maladie Universelle, par conséquent elle ne peut venir en aide, concernant l'affiliation à l'assurance maladie, qu'aux personnes en situation irrégulière. La Roumanie entrant dans l'Union européenne, les ressortissants de ce pays sortaient alors de son champ d'action. En devenant européens, et donc réguliers, ils dépendaient de la CMU et l'association ne pouvait plus les aider dans leurs démarches. D'après les responsables du département de l'accès aux droits, l'association s'inquiétait des difficultés que ces ressortissants allaient rencontrer pour faire valoir leurs droits au sein des centres d'Assurance maladie, ces derniers n'étant pas pourvus de traducteurs, et ces ressortissants ne parlant que très rarement français. Par conséquent, l'association aurait préféré que ces personnes restent bénéficiaires de l'AME, afin de pouvoir les aider dans leurs démarches et être ainsi plus sûre qu'ils obtiennent au moins une couverture¹¹⁶. L'association n'aurait pas souhaité être habilitée à la constitution des dossiers de CMU du fait de la charge de travail considérable que cela aurait entraîné¹¹⁷. C'est ainsi que les responsables justifient leur prise en considération de l'article 23. Cet élément s'ajoutant au fait que les demandes de CMU ont nettement augmenté suite à l'adhésion de la Roumanie et la Bulgarie à l'Union européenne :

« La direction a voulu mettre en place des statistiques concernant les demandes des Roumains et Bulgares pour voir où on allait car, après l'adhésion de la Roumanie, on a eu beaucoup de demandes de CMU sur le département ».

(Nadine, responsable du département de l'accès aux soins, 09.04.10).

En analysant les discours des agents ainsi que les règles mises en place, on s'aperçoit également que ce sont principalement les ressortissants roumains qui sont visés par l'application de cette loi, les Bulgares n'étant en fait touchés que par ricochet, puisque entrés en même temps que la Roumanie dans l'Union européenne. En général, seul l'exemple des Roumains est avancé. Le cas de la Bulgarie est cité uniquement en complément lorsque l'adhésion de ces deux pays à l'Union européenne est évoquée. Les agents expliquent cela par le fait que les Bulgares sont moins nombreux sur le département.

116 Cette information n'a pas pu être vérifiée auprès de l'association Médecins du Monde.

117 Le département des Champs comptait cinq fois moins de bénéficiaires de l'AME au 4ème semestre 2006 que de bénéficiaires de la CMU-C, et un peu plus de deux fois moins que de bénéficiaires de la CMU de base.

6.2.2.2 LA FIGURE FANTASMÉE DU ROM-ROUMAIN

Cette focalisation sur les Roumains s'explique par l'amalgame existant entre personnes de nationalité roumaine et Roms dont nous avons parlé plus haut. Ainsi, lorsque l'on demande aux agents pourquoi l'adhésion de la Roumanie a suscité une réforme de l'affiliation à la CMU (puisque c'est ainsi qu'est perçue la loi du 24 juillet 2006 au sein du département), ils répondent : « *Ah ça, c'est les caravanes ! Les Tsiganes !* »¹¹⁸. D'autres citent le cas des « *Roms* » avant de se reprendre pour « *Roumains* ». D'autres encore établissent très clairement un lien de cause à effet entre la pauvreté supposée de ces personnes et la mise en place de l'article 23 :

« [Les règles ont changé pour les Européens] depuis l'entrée de la Roumanie en 2007 [...] je ne veux pas dire qu'ils sont sous-développés mais ils sont pauvres, ils n'ont pas les mêmes droits sociaux alors s'ils viennent en France pour avoir la CMU...L'Etat a vite fait ses comptes, ce n'est pas possible ! ». (Nadine, Journal de terrain, 07.05.08).

Comme nous l'avons vu, la catégorie du « Rom-Roumain » s'alimente des préjugés déjà existants à l'égard des Roms. Le « Rom » a la réputation d'être pauvre et voleur, et de vivre de la mendicité, par conséquent, le « Roumain » aussi. C'est pour cela que les agents ont rapproché le cas des « Roms-Roumains » de celui des « européens inactifs » visés par la loi. Dans ce contexte, il devient important pour les agents de limiter leur accès à la CMU, pour éviter qu'ils en abusent et ruinent ainsi le système social français, d'autant plus qu'ils n'y participent pas puisque, ne travaillant pas, ils ne cotisent pas. Les cadres expertes agissent alors en garantes du système social en le défendant contre les « assauts » de ces populations. Elles estiment leur position légitime : la prestation étant prélevée sur leurs impôts, cela leur confère un droit à la parole. Ainsi, certains estiment que la mise en place de telles barrières à l'accès aux soins permet d'éviter la création d'appel d'air :

« Comme il y avait beaucoup de Roumains sur le département, on a eu peur que, si certains d'entre eux obtenaient la CMU, toute leur famille restée au pays rapplique ! ». (Nadine, responsable du département de l'accès aux droits, 09.04.08).

Ces soupçons de fraude et d'abus justifient alors la mise en place de réformes restrictives permettant de limiter le coût que représente cette population, quitte à traiter les ressortissants roumains et bulgares de manière différenciée des autres citoyens.

¹¹⁸ Charles, agent instructeur, service AME, journal de terrain, 18.06.08).

6.2.2.3 UN TRAITEMENT DIFFÉRENCIÉ DES RESSORTISSANTS ROUMAINS ET BULGARES

N'ayant reçu aucune réponse de la CNAMTS, la CPAM décide de retranscrire, selon sa propre lecture, la loi du 24 juillet 2006 au sein de ses notes internes. Elle y distingue les Roumains et les Bulgares des autres citoyens européens en décidant, dans un premier temps, d'appliquer l'article 23 uniquement à leur rencontre.

Selon la lecture qu'elles font de l'article 23, les cadres expertes et responsables du département estiment que les ressortissants roumains et bulgares ne peuvent pas bénéficier de la CMU de base et complémentaire puisque, soit ils travaillent et sont affiliés à l'assurance maladie, soit ils ont une assurance maladie privée et sont considérés en situation régulière et n'ont donc pas besoin de couverture, soit ils ne travaillent pas et ne possèdent pas d'assurance maladie et ne sont donc pas assimilables à des étrangers en situation régulière. Comme elles ne sont pas sûres de leur interprétation, mais qu'en même temps elles veulent éviter que les ressortissants bulgares et roumains profitent du système, elles décident, avec l'accord de leur supérieur hiérarchique, de mettre en instance les demandes d'AME et de CMU des ressortissants de ces deux pays uniquement¹¹⁹ à partir du 24 janvier.

Un outil statistique est mis en place en attendant pour évaluer le « risque » et le « coût » que cette prise en charge induirait. Les agents des centres d'accueil (chargés de traiter les demandes de CMU) et ceux du service AME doivent recenser, par nationalité, au sein d'un tableau intitulé « Statistiques Roumains et Bulgares », l'ensemble des demandes déposées ou envoyées par courrier ainsi que le nombre de personnes reçues à l'accueil. Ce fichier est transmis hebdomadairement au service expert pour qu'il sache combien de ressortissants roumains et bulgares inactifs pourraient potentiellement bénéficier d'un droit à la CMU ou à l'AME afin d'estimer le coût que ces affiliations engendreraient ainsi que la masse de travail afférente. Les autres européens ne sont nullement touchés par cette instruction alors qu'ils sont tout autant concernés par l'application de l'article 23. Le vocable « ressortissant communautaire inactif » est alors utilisé principalement à l'encontre des ressortissants roumains et bulgares. Cet article visant l'ensemble des Européens, la CPAM des Champs n'a toutefois pas pu l'appliquer de manière parcellaire bien longtemps.

Ne recevant toujours pas de réponse de la CNAMTS, la Caisse des Champs se positionne d'elle-même sur l'application de l'article 23 dès février 2007 : le directeur général décide de notifier un refus aux ressortissants communautaires effectuant des demandes de CMU et d'AME. La note d'information du 23 février 2007 reprend cette décision : les ressortissants

¹¹⁹ D'après un agent de la CPAM, cette décision aurait été prise par le Préfet du département lors d'une réunion avec le directeur de la CPAM des Champs.

communautaires n'exerçant aucune activité professionnelle en France ne peuvent bénéficier de la CMU car ils doivent avoir souscrit à une assurance maladie pour pouvoir résider régulièrement sur le territoire français. Toutefois, ces personnes ne sont pas non plus éligibles à l'AME car « de fait en situation régulière sur le territoire » au vu de la circulaire du 3 mai 2000. Ainsi, selon cette interprétation les ressortissants roumains et bulgares ne sont pas assez réguliers pour obtenir la couverture maladie universelle, mais trop réguliers pour bénéficier de l'aide médicale de l'Etat¹²⁰.

Cette interprétation est validée par la CNAMTS dans un courriel en date du 14 mars 2007 adressé à la seule caisse des Champs : « Nous vous rappelons que, depuis le 1^{er} janvier 2007, les ressortissants bulgares et roumains sont soumis aux dispositions prévues par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile qui transpose les règles de la directive communautaire du 29 avril 2004. Ainsi lorsque ces personnes, comme tout autre ressortissant communautaire, ne sont pas autorisées à travailler sur le territoire, leur droit au séjour est apprécié en qualité de non actif. Or, les non actifs doivent être munis d'une assurance maladie personnelle et de ressources propres suffisantes et ne peuvent donc être éligibles à la CMU de base et complémentaire ».

Cette instruction est intégrée dans la réglementation de la Caisse des Champs par la note du 23 février 2007. Pour la première fois la Caisse élargit son interprétation et son application de l'article 23 à l'ensemble des ressortissants européens, suivant le courriel de la CNAMTS. Néanmoins, leur rédaction met particulièrement en exergue les ressortissants roumains et bulgares : « Les demandes d'affiliation à la CMU de base concernant les personnes de nationalité roumaine et bulgare, mises en instance suite au message du 3 janvier 2007, ainsi que celles émanant des autres ressortissants européens et de la Confédération suisse doivent faire l'objet d'un refus au titre de la CMU de base [...] les demandes d'admission ou de renouvellement du droit à l'aide médicale de l'Etat concernant les personnes de nationalité roumaine ou bulgare ou tout autre ressortissant européen doivent faire l'objet d'un refus ». Les agents de la CPAM peuvent ainsi passer facilement à côté de l'information et croire à nouveau que seuls ces ressortissants sont concernés par cette réforme.

6.2.2.4 BRITANNIQUES ET ROUMAINS : DEUX LECTURES D'UN MÊME TEXTE

Le 2 août 2007, la CNAMTS publie le Point CMU n°73, officialisant son instruction du 14 mars, à laquelle elle ajoute que les ressortissants communautaires inactifs sont éligibles à

120 La CPAM des Champs sera l'une des seules à procéder ainsi, la plupart des CPAM estimant que les ressortissants communautaires inactifs peuvent bénéficier de la CMU.

l'AME. Ce Point CMU n'établit plus de différences entre les ressortissants roumains et bulgares et les autres citoyens européens. L'ensemble des CPAM refuse alors le bénéfice de la CMU à la totalité des ressortissants communautaires inactifs.

Cette instruction suscite toutefois de vives protestations de la part de ressortissants britanniques qui bénéficiaient déjà de la CMU et ne comprennent pas pourquoi ils n'y auraient plus droit alors que leur situation n'a pas changé. Le Ministre de la Santé se saisit alors de cette question. Dans une lettre adressée au Directeur Général de la CNAMTS le 18 septembre 2007, il explique que deux situations doivent être différenciées : le cas des « citoyens britanniques ou communautaires inactifs amenés à résider en France dans l'avenir ou dont les dossiers de demande de CMU de base sont en instance d'instruction » et le cas des « citoyens britanniques ou communautaires inactifs qui résident déjà en France et qui se sont déjà vus attribuer la CMU de base ». Dans le premier cas, les dispositions de l'article 23 doivent être appliquées. Par contre, dans le deuxième, « la situation est ici différente notamment parce que ces ressortissants communautaires ont bénéficié d'une couverture maladie sur la base d'instructions données au moment de la création de la CMU de base. Il convient donc de maintenir les droits de ces personnes pendant un délai maximum de six mois à compter du renouvellement, ceci afin de leur donner le temps de régulariser leur situation au regard des exigences en matière de couverture maladie ». Bien que l'instruction s'applique à l'ensemble des ressortissants inactifs qui bénéficiaient déjà d'une CMU, le cas des ressortissants britanniques est explicitement souligné, ce qui peut prêter à des quiproquos.

Lors d'une deuxième lettre, datée du 29 janvier 2009, le Ministre de la Santé plaide à nouveau la cause de ces ressortissants auprès de la CNAMTS : « L'ambassadeur de Grande-Bretagne puis le directeur général de la direction générale Emploi, affaires sociales et égalité des chances de la commission européenne ont appelé mon attention sur les inquiétudes exprimées par de nombreux ressortissants britanniques qui ont choisi de résider en France dans le cadre de leur retraite anticipée et qui ont pu bénéficier de la couverture maladie universelle de base. Cette préoccupation trouve son origine dans la transposition en droit français de la directive communautaire n°2004/38/CE du 29 avril 2004 [...]. Pour autant, il m'apparaît que l'application immédiate de cette disposition pose problème vis-à-vis de ressortissants européens qui ont bénéficié de la CMU sans que le critère de régularité [...] n'ait été pris en compte à l'époque de leur installation. Revenir sur l'affiliation de ces ressortissants communautaires inactifs qui bénéficient déjà de la CMU reviendrait à remettre en cause un droit de séjour qui leur a été de facto reconnu. Cette appréciation serait certainement partagée par les institutions communautaires. Cela pourrait entraîner en outre de grandes difficultés matérielles pour ceux de ces ressortissants affectés de pathologies lourdes à même de rendre

hors de portée financière l'acquisition d'une couverture maladie auprès d'un organisme privé alors même qu'ils estimaient à juste titre pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle. C'est dans ce contexte et pour cette raison que j'ai demandé au directeur de la Sécurité sociale de fixer par voie de circulaire les instructions nécessaires à la mise en œuvre de cette nouvelle législation afin, d'une part, de maintenir à la CMU de base les ressortissants communautaires qui en sont déjà bénéficiaires au 23 novembre 2007 date d'entrée en vigueur de la circulaire et de permettre l'accès à la CMU de base des ressortissants communautaires inactifs titulaires d'un formulaire E106 à cette même date et, d'autre part, de veiller à l'application de la directive pour les ressortissants communautaires résidant en France qui ne bénéficient pas de la CMU et ceux qui viendraient s'installer en France à l'avenir ».

Le Ministre de la Santé décide ainsi que l'article 23 ne s'appliquera pas à l'ensemble des ressortissants communautaires mais seulement aux nouveaux venus. La distinction ne se fait, dès lors, plus sur un critère de nationalité, comme le faisait la CPAM des Champs, mais sur un critère social et administratif : être bénéficiaire de la CMU au 23 novembre 2007. Cette date est fixée de manière arbitraire. Elle équivaut à la date de publication de la circulaire. Toutefois, sous des apparences neutres, cette date constitue plus un frein pour les ressortissants bulgares et roumains que pour les autres nationalités. En effet, cette distinction entre nouveaux et anciens ressortissants touche particulièrement les nouveaux arrivants que sont les ressortissants roumains et bulgares. N'ayant pu bénéficier de la CMU avant janvier 2007, très peu d'entre eux y sont affiliés en novembre 2007 : ils n'ont pas forcément su dès janvier 2007 qu'ils y étaient éligibles, l'ensemble des CPAM les exclut de ce droit depuis août 2007 et, pour ceux qui sont domiciliés dans le département des Champs, cette CPAM ne leur a octroyé ce droit qu'entre avril et juillet 2007. Les ressortissants communautaires inactifs de nationalité bulgare ou roumaine n'ont donc eu que sept mois, dans le meilleur des cas, d'éligibilité à la CMU, contrairement aux autres ressortissants qui peuvent y souscrire depuis au moins 2004. Seuls les ressortissants qui ont obtenu la CMU-C avant août 2007 – ce droit étant ouvert pour un an – peuvent bénéficier de la circulaire du 23 novembre 2007 et voir leur droit à la CMU ouvert « à vie » (jusqu'à la prochaine réforme).

La circulaire du 23 novembre 2007 institue également deux autres possibilités, pour les ressortissants communautaires, de bénéficier de la couverture maladie universelle : le droit au séjour permanent et le maintien du droit au séjour pour accident de vie. Le droit au séjour permanent s'acquiert au bout de cinq années de résidence régulière et ininterrompue en France. La Bulgarie et la Roumanie n'étant pas membres de l'Union européenne avant janvier 2007, il a été plus difficile pour leurs ressortissants de résider en France de façon régulière pendant les cinq années qui précédaient cette adhésion. Contrairement aux autres

ressortissants communautaires, ils devaient obtenir et renouveler des titres de séjour. Cette possibilité est donc également plus favorable aux autres ressortissants européens.

Quant au maintien du droit au séjour pour accident de la vie, il intervient lorsqu'une personne, qui a disposé dans le passé de ressources suffisantes et d'une assurance maladie, doit à la suite d'un accident de la vie (perte d'emploi, séparation ou décès d'un conjoint, cessation de la vie maritale, refus d'assurance en cas de maladie grave et non prévisible...) demander le bénéfice de la CMU. Cette dernière peut alors lui être accordée au titre du maintien du droit au séjour pour accident de vie, à condition que ces bénéficiaires ne deviennent pas une charge « déraisonnable » pour l'Etat français.

Nous pouvons nous demander pour quelles raisons le cas des Britanniques a ainsi été mis en avant. Nous voyons deux réponses possibles : 1) pour des raisons d'ordre politique, 2) parce que ces personnes sont catégorisées comme des individus qui apportent à la France plutôt qu'elles ne lui coûtent (soit l'inverse des « Roms-Roumains »).

Nos données ne nous permettent pas de répondre à la première piste sur laquelle nous pouvons émettre seulement des hypothèses. Nous pouvons ainsi nous interroger sur le rôle joué par les autorités consulaires ou les gouvernants des pays d'origine des ressortissants dans l'application différentielle de cette loi. Le Royaume-Uni ayant un poids économique et politique plus important que la Roumanie au sein de l'Union européenne, nous pouvons supposer que les réactions de son gouvernement sont écoutées et entendues avec plus d'attention. Nous pouvons également nous interroger sur la manière dont les gouvernements roumains et bulgares perçoivent leurs migrants : ces derniers méritent-ils à leurs yeux un engagement de leur part ?

Les propos recueillis lors des observations et des entretiens informels mettent par contre en avant un processus de catégorisation vis-à-vis des ressortissants britanniques. Dans le discours des agents de la Caisse des Champs, ces derniers sont toujours perçus comme des retraités aisés qui rapportent à l'économie française, ce qui expliquerait selon les agents pourquoi la loi est plus souple vis-à-vis d'eux :

« Comme les Anglais ont râlé et qu'ils ont les moyens d'acheter des choses que les Français ne peuvent pas acheter, les droits ont été rétablis ». (Martine, service expert, journal de terrain, 18.06.08).

Les agents avancent eux-mêmes l'idée que les pouvoirs publics souhaiteraient que ces ressortissants restent sur le territoire français, pour pouvoir y dépenser leur argent et contribuer ainsi à l'économie nationale, à l'inverse des ressortissants Roms-Roumains qui

chercheraient à profiter le plus possible du système français et dont la France souhaiterait se débarrasser, opposant ainsi ces deux figures :

« Faut pas se leurrer, ça vise la Roumanie et la Bulgarie. Avant, il n'y avait pas de problème : les retraités anglais inactifs en France avaient en général, sauf quelques exceptions, de l'argent ! ». (Martine, cadre expert, 08.04.08).

Il est vrai que les lettres du Ministre de la Santé prennent spécialement à cœur la situation de ces ressortissants britanniques. Le ministre semble particulièrement concerné par l'« injustice » de la situation de ces personnes qui, du jour au lendemain, se retrouvent en situation irrégulière. On peut s'étonner que le Ministre s'alarme de cette question au sujet des britanniques. En effet, la situation n'est pas nouvelle, tout étranger peut « tomber » un jour ou l'autre dans l'irrégularité (Férré, 1997) comme nous l'avons vu au premier chapitre : les lois concernant le droit au séjour évoluent sans cesse, créant de nouveaux irréguliers à chaque réforme. Les lois ne cessent de revenir sur des droits qu'elles ont préalablement octroyés, pourquoi cela ne pourrait-il pas arriver aux Britanniques ? Le Ministre avance que cette application pourrait causer des difficultés financières à ces ressortissants. Mais cette loi a, justement, été instituée dans le but que les ressortissants communautaires ne constituent pas une charge pour l'Etat français et les agents de la CPAM des Champs ne cessent de répéter que la CMU n'a pas été créée pour que les étrangers viennent en France pour se soigner (d'où la mise en place d'une condition de stabilité). La présence des « retraités britanniques inactifs » semble ainsi perçue comme plus légitime que celle des « Roms-Roumains » puisque les premiers contribueraient à l'économie contrairement aux seconds qui ne feraient qu'en profiter.

Distinguer les Britanniques des Roumains, les personnes installées avant le 23 novembre 2007 de celles arrivées après permet ainsi de créer des frontières à l'intérieur même du groupe des « citoyens européens » : tous n'ont plus les mêmes droits. Alors que les espaces géographiques dans lesquels vivent les individus s'élargissent, que l'Union européenne intègre de nouveaux membres, multipliant ainsi les possibilités de circulation, les autorités gouvernementales européennes et nationales établissent de nouvelles règles permettant de diviser à nouveau, de re-séparer et de définir selon d'autres modalités qui « appartient » à cette communauté, qui peut y circuler, et par voie de conséquence, qui peut bénéficier d'une prise en charge collective. Se prémunir de certains individus identifiés comme pauvres, consuméristes et ultra-utilitaristes permet alors de garantir les droits pour les autres. Les Roms-Roumains semblent finalement occuper une fonction permettant de neutraliser l'angoisse générée par la construction européenne, l'ouverture des frontières et l'octroi

concomitant de droits sociaux aux Européens¹²¹, tout comme le seront possiblement les ressortissants des futurs pays membres.

La mise en place du statut de « ressortissant communautaire inactif » a toutefois des conséquences sur l'accès aux soins de l'ensemble des citoyens européens. Il devient, en effet, plus compliqué pour eux d'obtenir une couverture maladie lorsqu'ils sont « inactifs ». N'étant plus considérés en situation régulière dans ces cas-là, ils dépendent désormais de l'AME, mais leur statut de « membres de l'Union européenne », qui les protégeait auparavant, s'avère leur compliquer encore plus la tâche, et il devient alors de plus en plus difficile pour eux de faire valoir leurs droits, ne serait-ce qu'à l'AME. En effet en tant qu'européens, ils ont la possibilité de bénéficier de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) lorsqu'ils ont une couverture maladie dans le pays où ils résident. Cette assurance peut alors prendre en charge leurs soins partout en Europe. Par conséquent, lorsqu'un citoyen européen demande à bénéficier de l'AME, les agents leur demandent de prouver qu'ils n'ont aucune autre couverture dans leur pays d'origine. Les usagers n'ayant pas forcément les moyens d'obtenir cette information rapidement, cela augmente nettement les délais d'obtention, quand cela ne bloque pas complètement le dossier, les personnes ne réussissant pas à obtenir de réponse de leur pays d'origine.

Les soupçons que les agents partagent à propos des « Roms-Roumains » ont ainsi précipité le nivellement par le bas des droits sociaux de l'ensemble des Européens, malgré quelques dérogations pour des nationalités considérées plus « méritantes » puisqu'elles ne s'appliquent pas aux citoyens britanniques entrés avant le 23 novembre 2007.

6.2.2.5 AU GUICHET, DES RÉAPPROPRIATIONS DE LA RÈGLE QUI RECONSTRUISENT LES CATÉGORIES ADMINISTRATIVES

C'est donc un critère administratif qui permet de distinguer, parmi les citoyens européens, ceux qui peuvent bénéficier de la CMU. Ce critère n'est toutefois pas forcément bien compris et appliqué par les agents d'accueil. A la Caisse des Champs, les instructions concernant l'affiliation des ressortissants communautaires n'ont cessé de changer pendant près d'un an. La multiplicité des textes a ainsi dilué les instructions, les agents d'accueil s'y perdant et ne sachant plus quelle règle appliquer. De plus, la difficulté à obtenir une information auprès de leur responsable et le manque de temps fait qu'ils lisent rapidement les notes et les appliquent comme ils les ont comprises. Ils les interprètent alors selon des cadres d'exécution qui leur

121 Antoine Math (2009) a montré que l'octroi de droits sociaux aux citoyens européens diminuait de plus en plus.

parlent et font sens dans leur univers de travail parce qu'ils renvoient à des routines, des cas déjà vus ou des logiques professionnelles.

Les agents d'accueil ont ainsi une compréhension des règles, catégories et critères administratifs bien différente de celle des cadres expertes. A l'accueil, la catégorie « Rom-Roumain » est d'ailleurs inexistante. Nous n'y avons également jamais entendu de propos racisants ou ethnicisants à l'égard des Roms. Il est possible que cette catégorie y soit peu représentée. Néanmoins, lorsque nous en rencontrons, leur présence ne suscitait aucun discours stigmatisant.

La distinction entre les personnes qui bénéficiaient d'une CMU au 23 novembre 2007 et celles qui sont arrivées en France après n'est pas non plus présente dans le discours et les pratiques des guichetiers. Il semble qu'ils ne l'aient pas comprise, sans doute parce qu'elle n'évoquait rien de leurs pratiques. Elle a ainsi été transformée en opposition entre les citoyens européens bénéficiaires d'une prestation de la caisse d'allocations familiales (CAF) et ceux qui n'en ont pas. Les agents d'accueil ont ainsi retraduit une instruction ministérielle, qui avait du sens d'un point de vue politique et législatif (on applique un texte à partir de sa date de publication) en une règle qui avait du sens du point de vue de leur travail (classer les demandeurs en fonction de leur situation administrative) et de leur expérience quotidienne. En effet, les agents n'ont pas à réétudier la condition de régularité pour les bénéficiaires du RSA qui souhaitent obtenir une CMU-C, ni même la condition de ressources lorsqu'ils sont au RSA socle. Leur revenu étant inférieur au plafond de la CMU-C, cette dernière condition est considérée comme remplie d'office. Ils considèrent ainsi que les ressortissants communautaires qui perçoivent la CAF sont donc en situation régulière, et ceux qui ne l'ont pas en situation irrégulière (l'absence de CAF prouverait ainsi que les usagers ont fait la demande mais qu'elle a été rejetée).

Cette distinction administrative (affiliation ou non à la CAF) est cependant parfois raccourcie en une distinction nationale par certains agents :

« Pour les Roumains, Polonais et gens de l'Est, des pays de l'Est rentrés dernièrement, s'ils ne travaillent pas, on leur fait une AME. Pas pour les autres car souvent ils ont une CAF ».

Les nationalités sont ainsi associées au fait d'avoir ou non la CAF, et ainsi d'être ou non considéré en situation régulière. Les agents retraduisent ainsi la loi en fonction de leur expérience : certains disent n'avoir jamais rencontré de Portugais, Espagnol ou Italien, soit d'Européen de l'Ouest, n'ayant pas de CAF. Par conséquent, ils estiment que tous les ressortissants de ces pays-là doivent être considérés en situation régulière. La distinction

administrative de statut, avoir ou non une CAF, est alors retraduite en distinction nationale : venir d'un pays de l'Est, ou d'un d'Europe de l'Ouest.

Cette logique a également poussé certains agents d'accueil à traiter les demandeurs différemment en fonction de leur nationalité. Estimant que ceux de l'Ouest peuvent travailler et avoir une CAF quand ils se présentent et n'ont aucun droit, les agents leur donnent à remplir un dossier de CMU de base pour s'assurer qu'ils n'ont aucun revenu, avant de leur opposer un refus et de les renvoyer sur l'AME. Par contre, comme ils pensent que les Polonais et les Roumains n'ont pas de CAF, s'ils ne travaillent pas, ils leur donnent immédiatement un dossier d'AME s'ils ne travaillent pas et ne prennent pas le temps de vérifier leurs ressources via une demande de CMU de base.

Chassée par la porte, la catégorie nationale revient ainsi par la fenêtre...et est utilisée pour distinguer les usagers. Les européens de l'ouest sont traités différemment de ceux de l'Est, non pas en raison de stigmates comportementaux, mais en fonction de préjugés sur leur situation administrative. Leur intégration plus ancienne dans l'Union européenne, leur proximité avec la France (« de l'Ouest ») est ainsi censée leur garantir une meilleure situation administrative.

Ainsi, ce ne sont plus ici des catégories ethno-raciales qui sont utilisées mais bien des catégories nationales, les agents pensant que des différences peuvent exister en fonction des nationalités, habitués à la fois aux accords binationaux qui instituent des droits spécifiques pour certaines nationalités, mais aussi habitués à distinguer les Roumains et les Bulgares des autres, que ce soit par les pratiques illégales mises en place par la caisse des Champs ou en écoutant les discours publics à ce sujet.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons vu que les agents des CPAM, à tous niveaux, pouvaient recourir à des catégories ethno-raciales dans l'exercice de leur métier. Ces catégories peuvent être diffusées au niveau d'un centre ou service ou être limitées à l'interaction entre un agent spécifique et un usager. La figure du fraudeur peut ainsi être ethnicisée : ce sont des caractéristiques dites ethno-raciales, imputées à l'usager en fonction d'une origine réelle ou supposée, qui éveillent la méfiance des agents.

L'usage de ces catégories peut avoir des conséquences en termes d'accès aux soins : c'est parce que les cadres expertes amalgament les Roumains aux Roms et soupçonnent ces derniers de fraude et d'oisiveté, qu'elles restreignent leur accès aux couvertures maladies,

suspendant tout d'abord l'instruction de ces dossiers puis leur refusant l'accès à la CMU comme à l'AME. Leur utilisation peut également créer un climat oppressant à l'accueil, les agents n'hésitant pas à insinuer devant les assurés qu'ils fraudent. Leur attitude peut aussi avoir des conséquences sur l'accès aux soins dans le sens où ils sont moins prompts à bien renseigner ces personnes ou que ces dernières, se sentant déconsidérées par les agents, peuvent hésiter à faire valoir leurs droits.

Ces catégorisations s'avèrent néanmoins peu toucher les demandeurs de l'AME. A l'accueil, elles ne concernent d'ailleurs que ceux de la CMU. Au service expert, elles sont utilisées pour éloigner les ressortissants roumains du bénéfice de la CMU, et pour les renvoyer vers l'AME. L'usage de catégories ethno-raciales est enfin quasi absent du service AME où, quand elles existent, ces catégories ne sont jamais mises en corrélation avec les soupçons de fraude.

Les agents semblent ainsi recourir à l'ethnicité quand les usagers ne sont pas suffisamment mis à l'écart et peuvent ainsi bénéficier du système général au même titre que n'importe quel assuré. L'usage des catégorisations ethniques sert alors à maintenir ces personnes à l'écart du système, en renvoyant notamment les populations dites « dangereuses » (ou « nuisibles ») dans la catégorie des « irréguliers ». L'ethnicité permet alors de recréer de la hiérarchie entre différentes catégories d'usagers. L'ethnisation des usagers, qui a cours au service expert, sert ainsi finalement à tenir à distance les Roms-Roumains du système général d'Assurance maladie, et à éviter qu'ils constituent un poids pour ce dernier, en les renvoyant dans l'AME.

L'AME est alors utilisée par les agents comme un dispositif permettant de maintenir à distance les populations indésirables. On peut dès lors supposer que l'altérité des irréguliers est si grande que les agents n'ont pas besoin de mettre en place d'autres processus d'altérisation, comme l'ethnisation et la racialisation, à leur égard.

L'AME semble ainsi appréhendée par les agents comme une catégorie plus malléable, moins inclusive et ouvrant moins de droits, dans laquelle on place les personnes pouvant constituer un « coût ». L'AME sert finalement de dispositif de garde-frontière, tout comme la catégorie « étrangers en situation irrégulière » qui permet d'éloigner les personnes de certains droits, de les garder à la marge, de construire un statut de sous-citoyen, et de recréer une frontière interne sur le territoire français, en distinguant désormais également ceux qui ont le droit de s'installer en France, de ceux qui peuvent seulement circuler sur le territoire.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Dans cette deuxième partie, nous nous sommes intéressée aux catégorisations que les agents construisent à l'égard des demandeurs de l'AME. Nous avons repéré trois figures d'usagers : celle du « bon pauvre », celle du « fraudeur » et celle du « touriste médical » et avons montré comment chacune de ces figures articule une facette du statut de pauvre et du statut d'étranger. C'est ainsi à partir des catégorisations de l'assistance (entre bons et mauvais pauvres) que sont appréhendés les demandeurs de l'AME par des agents de l'Assurance maladie, et non pas à partir d'une lecture politique des étrangers entre ceux en situation régulière et les autres. Le statut d'étranger colore néanmoins ces figures : le demandeur doit prouver qu'il est un « bon étranger », c'est-à-dire qu'il souhaite s'établir en France sur la durée et ne vient pas uniquement pour profiter de la solidarité sociale.

Cette double lecture des figures des demandeurs de l'AME s'intègre dans un climat plus général de suspicion vis-à-vis des usagers de l'Assurance maladie. Une rhétorique du soupçon s'est en effet institutionnalisée dans les caisses, portée par les directives, les outils techniques et les discours des responsables. A travers elle, c'est une nouvelle mission des agents des CPAM qui est valorisée : la lutte contre la fraude. Cette dernière est justifiée au nom de la sauvegarde du système social français. Dès lors, adopter une attitude suspicieuse ne va pas à l'encontre du service public, mais le sert ; ce qui explique pourquoi cette rhétorique est si ouvertement utilisée dans les CPAM et si partagée par les agents.

Cette rhétorique entraîne une lecture soupçonneuse de la situation des usagers. Néanmoins, ce n'est pas parce que tous les agents peuvent avoir un discours soupçonneux ou appliquer des directives suspicieuses qu'ils y adhèrent forcément. En revenant sur les différentes attitudes des agents face à cette institutionnalisation, cette partie a permis de montrer que ces derniers n'appliquent pas aveuglément les catégories et logiques institutionnelles, mais se les réapproprient pour élaborer leurs propres catégories (comme celle des Roms-Roumains). A travers ces discours et outils, c'est toutefois un nouvel ethos de « gardien du système social français » qui se diffuse dans les caisses et auquel les agents adhèrent plus ou moins.

C'est finalement plus au travers d'une dimension morale que les demandes des usagers sont abordées, plutôt qu'à travers une approche politique. Le projet politique de l'Assurance maladie, la question de l'universalité des droits est complètement absente des discours des agents. Même si la mission d'ouverture de droits est toujours présente, et ce notamment dans les propos des agents, elle s'incarne moins à travers des outils et dispositifs internes aux CPAM que celle du soupçon.

A travers l'exemple de la catégorisation des Roms-Roumains, nous avons vu que le soupçon de fraude peut avoir des conséquences sur l'accès aux soins et produire des discriminations. On voit alors que cette rhétorique ne se diffuse pas uniquement du haut vers le bas, mais est aussi réutilisée par les agents, réinterprétée puis remontée : ce sont alors les agents qui imposent leur interprétation de la situation à leur hiérarchie. Ces cas sont néanmoins rares, et même si cet exemple est très parlant, c'est le seul que nous avons constaté.

Bien que tous les agents reprennent ce discours sur le soupçon de fraude et l'importance de lutter contre, les agents investissent différemment ce discours et les outils qui l'accompagnent. Pour bien comprendre les usages multiples que ces derniers font de ces catégorisations, et les manières dont ils se représentent leur mission, nous allons nous intéresser dans la troisième partie à leurs conditions de travail. Pourquoi certains utilisent-ils plus les catégories de l'institution ? Qui résiste ? Qui s'oppose ? Peut-on distinguer clairement différents groupes d'agents ou plutôt des moments ? Des opportunités ? Que sert l'usage de ces catégories ?

**PARTIE 3 : NEW PUBLIC MANAGEMENT, EVOLUTION DES
IDENTITES PROFESSIONNELLES ET ACCES AUX SOINS**

INTRODUCTION DE LA TROISIEME PARTIE
--

Après être revenue sur le dispositif de l'AME et les catégorisations de ses bénéficiaires, nous allons nous intéresser dans cette troisième et dernière partie à l'évolution des conditions de travail des agents des CPAM et à ses effets sur la relation de guichet et l'obtention de la prestation. Comme l'ont montré plusieurs études, la prise en compte du contexte dans lequel les professionnels recourent aux processus de catégorisation est importante. L'usage des catégorisations nous en dit en effet souvent beaucoup sur les conditions de travail des professionnels et sur les paradoxes et problèmes auxquels ils doivent faire face (Besson, 2012 ; Kotobi, 2012 ; Berthaut, 2013 ; Prud'Homme, 2015).

A la fin des années 1990, les CPAM connaissent une série de mutations : la mise en place de nouveaux types de prestations sociales, l'informatisation et la dématérialisation du travail, la transformation du travail et des métiers et enfin la diffusion de nouvelles techniques de management empruntées au New public management. Comme l'ont démontré les recherches (Bezes, 2009 ; Hassenteufel et al., 1999 ; De Gaulejac, 2011), les réformateurs puisent dans ces outils pour moderniser les administrations, c'est-à-dire, les rendre plus productives et moins coûteuses : les agents sont ainsi amenés à être plus productifs, les postes ne sont pas remplacés et les locaux ferment. L'Etat fait ainsi appel aux logiques de management issues du privé dans le but de préserver le service public. Dans ce cadre, adopter une posture gestionnaire ne va pas à l'encontre du principe du service public, mais vise au contraire à le servir et à lui permettre de perdurer. C'est ainsi au nom de la défense du service public qu'on le modernise à travers ces outils, tout comme c'est au nom de ce même service public qu'on multiplie les outils et attitudes de lutte contre la fraude.

Ces évolutions touchent à la fois l'organisation du travail, mais aussi les missions des agents et le sens qu'ils leur donnent. Il faut donc s'intéresser à ces évolutions pour comprendre ce qui entre en jeu dans la réception des bénéficiaires de l'AME et l'instruction de leurs dossiers. L'importation de ces outils dans le secteur public n'est en effet pas sans effet sur le travail en lui-même et la manière dont les agents définissent leurs missions. C'est à ces transformations et à leurs effets sur les identités professionnelles et l'accès aux soins que va s'intéresser cette troisième et dernière partie.

Les effets de l'organisation du travail sur les difficultés d'accès aux soins et l'aboutissement d'un dossier ont peu été étudiés. Or, comme nous allons le voir, la manière dont est pensé le travail, les missions qui sont confiées aux agents et les valeurs professionnelles qui sont mises

en avant au sein des caisses ont un rôle essentiel ici, puisque c'est à travers elles que les agents construisent leur rapport aux bénéficiaires en produisant des catégories pratiques qui leur permettent d'effectuer leur travail dans les conditions qu'on leur impose. Ces évolutions sont-elles sans conséquence sur l'accès aux soins ? Sur le fonctionnement du service public ? Et sur les agents qui le mettent en œuvre et l'incarnent ? Ainsi, après nous être intéressée aux difficultés rencontrées par les usagers, c'est à celles vécues par les agents que sera consacrée cette partie, pour mieux comprendre comment les difficultés des agents génèrent aussi celles des usagers.

Nous verrons tout d'abord comment ce nouveau management se met en place dans les caisses en reposant sur deux éléments principaux : la recherche de productivité et la baisse des coûts de fonctionnement, ce qui se traduit par une baisse des effectifs et du nombre de centres, une spécialisation des tâches et un management par objectifs pour les agents. Face à ces évolutions, on peut distinguer deux profils d'agents : ceux qui sont réfractaires à cette évolution et mettent en avant une posture plus sociale face aux usagers – les « sociaux » – et ceux qui adhèrent plus à ces nouvelles règles, ou du moins s'y soumettent – les « pragmatiques » (chapitre sept).

Nous nous intéresserons ensuite plus précisément aux effets de ce nouveau mode de management sur la relation de guichet. Nous verrons que les guichetiers subissent une perte de sens en matière de travail. N'ayant plus aucune autonomie, ils ont l'impression d'être des automates. Les conditions de travail à l'accueil ainsi que l'évolution du public les empêchent de rendre service aux usagers. L'interaction avec ces derniers ne peut alors être valorisée. Néanmoins, la position particulière des demandeurs de l'AME et les catégorisations des agents d'accueil à leur égard font que ces derniers sont finalement plus appréciés par les agents car ils leur permettent de donner un sens social à leur mission et d'y trouver de la reconnaissance (chapitre huit).

Cette perte de sens se retrouve également au niveau du département de l'accès aux soins où la recherche de productivité prend le pas sur le savoir-faire réglementaire. Peu formés, faisant face à des règles qui évoluent sans cesse, les gestionnaires de dossiers ne savent plus comment effectuer leur travail. Dans cette confusion, la logique de soupçon, valorisée par la caisse, semble être une attitude plus sûre à adopter pour eux. Cette dernière est également utilisée par les responsables pour rendre leur service plus productif et a pour conséquence des retards de droits pour les usagers (chapitre neuf).

CHAPITRE 7 : LA DIFFUSION DE L'ESPRIT GESTIONNAIRE ET DU NEW PUBLIC MANAGEMENT DANS LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

La question de la production et de l'organisation dans les caisses d'Assurance maladie a toujours existé (Klein, 1976 ; Murard, 2015) : la Sécurité sociale connaît depuis ses débuts des réformes visant à améliorer sa gestion, limiter ses coûts et maîtriser ses dépenses (Valat, 2001) et a dû gérer dès le départ une quantité importante d'usagers. La recherche de productivité au sein des caisses n'est donc pas nouvelle. Celle qui se met en place à partir de la fin des années 1990 s'inscrit toutefois dans un mouvement plus général de modernisation des administrations publiques¹²² qui, en empruntant aux outils du new public management (Bezes, 2008 et 2009), vise à importer les modes de fonctionnement du privé au sein du secteur public, estimant que ce dernier sera alors plus efficient et productif.

Dans ce chapitre, nous allons ainsi nous intéresser à la diffusion des outils du new public management dans les CPAM et à leurs effets sur l'organisation du travail, mais aussi sur le travail en lui-même, en détaillant plus précisément la façon dont ils se mettent en place au sein de la caisse des Champs.

Pour cela, nous reviendrons, dans un premier temps, sur la manière dont le référentiel gestionnaire s'est diffusé au sein des caisses primaires d'assurance maladie. Dans un deuxième temps, nous verrons les outils qui ont été retenus et la manière dont ils modifient l'organisation du travail, des promotions et augmentations, mais aussi le sens du travail. Enfin, nous étudierons les stratégies des agents face à ces évolutions. A travers l'analyse d'une typologie des guichetiers, nous verrons que bien que tous les agents soient soumis à un impératif de productivité assez fort, ils ne réagissent pas tous de la même manière face à ces nouvelles contraintes, certains les acceptant plus que d'autres.

7.1 MAITRISER LES DEPENSES PUBLIQUES POUR SAUVER LA SECURITE SOCIALE

Revenons tout d'abord sur la manière dont un nouveau paradigme, celui de la « maîtrise des dépenses de santé », s'est développé au sein des administrations du social et des CPAM.

¹²² Ce recours plus général de l'Etat aux outils de la nouvelle gestion publique s'illustre notamment par le vote de deux lois : la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001 et la révision générale des politiques publiques (RGPP) mise en place à partir de 2007.

7.1.1 UNE NOUVELLE GÉNÉRATION DE HAUTS FONCTIONNAIRES DANS LE SECTEUR SOCIAL

Comme nous l'avons vu, la conception dominante de la Sécurité sociale a évolué entre 1945 et les années 1980 : d'abord perçue comme moteur de l'économie, facilitant la croissance via la relance de la consommation et la création d'emploi, elle est désormais considérée comme un frein. Ses déficits sont dorénavant présentés comme problématiques, et discutés majoritairement en termes comptables et gestionnaires.

Ce changement d'approche s'explique par la diffusion d'un nouveau référentiel – celui de la maîtrise des dépenses de santé – à l'intérieur du champ politico-administratif, assurée par un nouveau profil de hauts fonctionnaires travaillant dans le domaine social. Ces derniers sont dorénavant issus de formations à dominantes plus économiques qu'auparavant¹²³ (Ecole nationale d'Administration (ENA), Polytechnique) et ont ainsi en commun une vision plus gestionnaire que leurs prédécesseurs. Beaucoup d'entre eux, arrivant dans le secteur des affaires sociales après un passage dans des administrations financières où la conception gestionnaire est plus répandue, comme la Cour des Comptes ou l'Inspection générale des affaires sociales (Lenoir, 1992 ; Genieys et Hassenteufel, 2001), importent les logiques de la rigueur gestionnaire dans les administrations du social.

Tandis que les anciens valorisaient une politique universelle et une approche militante, la nouvelle génération de hauts fonctionnaires a une conception beaucoup plus économique et budgétisée de la politique sociale, l'éthique de conviction laissant place à celle de responsabilité (Lenoir, 1992). C'est ainsi dans le but d'influencer les politiques sociales en les sensibilisant à la question de la maîtrise des dépenses (Hervier, 2008), ou parce que ce secteur constitue alors un « créneau » (Hassenteufel et al. 1999), plutôt que par « goût » ou « vocation », que les nouveaux viennent à la politique sociale.

Parmi cette génération de hauts fonctionnaires faisant carrière dans les affaires sociales, Patrick Hassenteufel et William Genieys (1999 ; 2001) distinguent au sein de ceux qu'ils nomment l'« élite du welfare »¹²⁴ la génération des « gestionnaires du social »¹²⁵. Ces derniers partagent un référentiel commun que P. Hassenteufel et W. Genieys formulent ainsi : « Pour préserver la Sécurité sociale, il faut l'adapter à la contrainte financière en renforçant le rôle de pilotage de l'Etat et en ciblant les prestations sociales vers les plus démunis » (Hassenteufel,

123 La génération précédente provenait plutôt de l'administration centrale et du Conseil d'Etat (Lenoir, 2003).

124 L'élite du welfare est un sous-groupe de hauts fonctionnaires fortement homogène qui se constitue à partir de 1981 et se caractérise par une carrière longue dans le domaine social et des allers-retours entre ce secteur et le financier.

125 Les gestionnaires du social sont les hauts fonctionnaires qui accèdent aux postes des hautes administrations du secteur social à partir de 1986, après la première période de cohabitation.

1999 : 80). Ces hauts fonctionnaires se décrivent donc comme fortement attachés à la solidarité et à l'esprit de la Sécurité sociale de 1945, mais estiment que pour les préserver, il faut tenir compte des contraintes gestionnaires et budgétaires. C'est donc dans un but social qu'ils soumettent la politique sociale à des contraintes financières.

Pour ces hauts fonctionnaires « gestionnaires du social », il est nécessaire de réformer le système de Sécurité sociale si on veut le sauvegarder. Tout ce discours de nécessaire sauvegarde s'appuie sur un courant de pensée que ces hauts fonctionnaires ont eux-mêmes contribué à développer et qui permet sa diffusion : l'Etat social serait en crise et il faudrait absolument le réformer sous peine de le voir s'effondrer. Ces analyses insistent sur la différence existant entre le rythme d'évolution des recettes et celui des dépenses et des demandes sociales : du fait de la crise, les demandes de protection sociale augmentent (de plus en plus de personnes sont au chômage ou dépendent de minima sociaux), tandis que ces mêmes difficultés économiques diminuent les recettes fiscales et les cotisations sociales. La montée du chômage et de la pauvreté à cette même période contribue à alimenter cette théorie qui lie les problèmes de déficit de la Sécurité sociale à la crise économique du milieu des années 1970 plutôt qu'à un changement de référentiel ou du fait des choix politiques qui ont été faits. Sébastien Guex (2003) rappelle ainsi que ces problèmes de déficit sont le résultat d'une « politique des caisses vides » visant à diminuer les recettes des administrations perçues comme trop dépensières.

L'idée de « crise de l'Etat social » et de nécessaire réforme se développe dans les années 1980 en France suite à la publication au début de cette décennie d'un certain nombre d'ouvrages et de rapports sur le thème de la « crise de la Sécurité sociale » : « La crise de l'Etat-providence » de Pierre Rosanvallon en 1981, « Sécurité sociale : l'enjeu » sous la direction de B. Brunhes en 1983, « Contes et mécomptes de la protection sociale » de Gilles Johanet en 1986, ou encore « Comment sauver la Sécurité sociale ? » de Yvon Chotard en 1989. L'ensemble de ces travaux contribue « à fixer une analyse de la crise financière de la Sécurité sociale qui est peu à peu diffusée et partagée par la plupart des acteurs concernés » (Palier, 2005 : 173). Ces rapports et travaux sont souvent l'œuvre de hauts fonctionnaires ou d'« experts scientifiques » proches du pouvoir. Ces derniers vont ainsi contribuer à orienter les débats politiques et médiatiques autour de l'idée d'une crise de l'Etat social, théorie issue de leur conception de cet Etat (influencée par leur formation économique), qu'ils hissent au rang de « réalité ».

Encadré 9 : Crise de l'Etat social : profil sociologique des auteurs

Pierre Rosanvallon est historien mais a une formation d'économiste. Diplômé de l'école des hautes études commerciales (HEC), il est docteur d'Etat en gestion, docteur de 3ème cycle en histoire et docteur d'Etat en lettres et sciences humaines. D'abord permanent syndical de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) puis du Parti socialiste, il fonde en 1982 la fondation Saint-Simon dont le but était de réunir des hauts fonctionnaires, universitaires et hommes d'affaires. Elle a été critiquée pour l'influence très grande mais masquée qu'elle pouvait avoir sur la politique française. Bien que n'étant pas haut fonctionnaire, il reste proche de ce milieu par sa participation, en tant que co-fondateur qui plus est, à ces réseaux.

Yvon Chotard est, quant à lui, plus proche du patronat : de 1972 à 1986, il est vice-président du Conseil national du patronat français (CNPF) chargé des affaires sociales. Proche des politiques du fait de sa position, il est considéré comme un expert et nommé à ce titre pour présider, entre autres, le Comité préparatoire au Sommet social des chefs d'Etat et de gouvernement.

Bernard Brunhes est un ancien élève de l'Ecole Polytechnique, diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris et de l'Ecole nationale de la statistique et de l'administration économique. Considéré comme un expert du secteur social, il est en 1983, date de la publication de son ouvrage, conseiller du Premier ministre pour les affaires sociales.

Gilles Johanet est diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris puis de l'Ecole nationale d'administration (ENA). Il entre à la Cour des comptes en 1977 puis devient directeur de cabinet de Georgina Dufoix au secrétariat d'Etat à la famille. Il est ensuite chargé de mission pour les questions de santé et retraite auprès de Pierre Mauroy. Il est nommé directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) de 1989 à 1993 et de 1998 à 2002. Il continue à publier sur le thème de la crise de la Sécurité sociale avec la parution de « Santé : dépenser sans compter : des pensées sans conter » en 1995 et de « Sécurité sociale : l'échec et le défi » en 1998.

Les analyses de ces hauts fonctionnaires vont avoir d'autant plus de poids qu'elles vont être relayées au sein des administrations du secteur social et sanitaire, mais aussi auprès de l'opinion publique par les journalistes. Ces derniers ont particulièrement contribué à la construction du mythe du « trou de la Sécu ». Julien Duval (2002) a montré que les journalistes généralistes ont tendance à privilégier une approche dramatique de la Sécurité

sociale du fait de leur manière de travailler et des rapports qu'ils entretiennent avec le champ politique. Le déficit de la Sécurité sociale étant devenu un sujet sensible et éminemment politique à partir des années 1980 (objet de nombreux plans de réforme et de programmes politiques), les journalistes sont sûrs d'obtenir des réactions et interviews de politiques s'ils traitent de ce thème. De plus, la question de la Sécurité sociale leur paraissant complexe, ils préfèrent l'aborder sous l'angle de son déficit, élément facilement accessible et compréhensible. La question du déficit est de surcroît très vendeuse puisque, étant donné les sommes que le système brasse, elle atteint aisément des montants spectaculaires aux yeux du public et concerne l'ensemble de la population. Les rapports publiés par la commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)¹²⁶ permettent enfin aux journalistes d'avoir des chiffres et une analyse toute faite et rapide à publier.

7.1.2 UN RECOURS NÉCESSAIRE AUX OUTILS DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Pour sauvegarder le système français de Sécurité sociale, les hauts fonctionnaires proposent de le rationaliser via une meilleure gestion. Influencés par leur formation au sein d'institutions à dominantes économiques et gestionnaires, les hauts fonctionnaires recourent pour cela aux outils de la nouvelle gestion publique qui se développent et se diffusent alors fortement au sein de l'administration publique. Des instances évaluatrices sont ainsi créées dès la fin des années 1960 avec l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 1967. D'autres voient le jour dans les années 1980 et petit à petit est mis en place un nouveau mode de management, issu du secteur privé, qui prend davantage en compte les idées de productivité et de limitation des dépenses, que ce soit au niveau des politiques publiques ou au niveau de l'organisation des administrations et de la gestion des ressources humaines.

Pour préserver le système de santé en maîtrisant le coût, les gestionnaires du social vont ainsi préparer des lois visant à faire baisser les dépenses en diminuant des remboursements (mise en place d'un ticket modérateur, d'un forfait journalier, de déremboursements d'actes et de médicaments, instauration d'un parcours de soins avec déclaration d'un médecin traitant et franchises à payer sur les consultations et les médicaments), en réduisant l'offre de soins (contrôle du nombre de médecins en exercice (*numerus clausus*), encadrement des prescriptions, limitation du nombre de lits d'hôpital, fermeture d'hôpitaux ou encore contrôle de l'implantation d'équipements onéreux) ou en favorisant les prestations ciblées au détriment des universelles.

¹²⁶ Sur la construction des chiffres de la CCSS et leur utilisation au détriment d'autres comptes, le lecteur peut se reporter aux travaux de Marina Serré (1999).

Mais la maîtrise des dépenses ne concerne pas que l'argent consacré aux politiques sociales, mais aussi celui dépensé en matière de fonctionnement des administrations. Les gestionnaires du social cherchent ainsi à limiter également les dépenses des organismes de Sécurité sociale en recourant aux outils développés par la nouvelle gestion publique, dans le but de rendre les administrations publiques plus efficaces, productives et rentables en leur appliquant une logique gestionnaire.

La critique de l'Etat social et de ses administrations, en insistant sur son archaïsme, son inefficacité et son coût a ainsi pour effet de rendre nécessaire le recours à ce type de management et de permettre d'engager des réformes en profondeur des institutions. Le discours remet en cause l'organisation traditionnelle : les administrations étant présentées comme des bureaucraties qui ne peuvent pas bouger, le recours au management – qui, lui, représente la modernité – est alors la seule solution pour faire évoluer ces administrations et sauver la Sécurité sociale.

Les idées de dette et de « trou de la Sécu » permettent de faire valoir une nécessaire réforme qui passe forcément par une réduction des coûts pour l'Etat (et donc de la dette) au moyen, entre autres, d'une réduction des effectifs. Comme le rappelle Vincent De Gaulejac à propos de la mise en œuvre de la RGPP : « *Dans le secteur public, ce n'est pas la pression de l'actionnaire qui détermine la logique de réduction des effectifs et l'exigence d'efficacité, mais la dette, comme si celle-ci était la conséquence d'un coût exorbitant des dépenses de l'Etat et des collectivités territoriales* » (2011 : 153).

Les administrations ne sont alors plus considérées comme des institutions mais bien comme de grosses organisations comparables, dans leur fonctionnement, à de grandes entreprises, ce qui permet d'y importer les logiques du privé. Comme le rappelle Vincent De Gaulejac, tandis que « l'institution est du côté des finalités, des raisons d'agir, des valeurs et du sens de l'action », l'organisation, elle, « est du côté des moyens, des façons d'agir, de la mise en œuvre et de l'opérateur. L'institution remplit des missions (la justice, l'éducation, la défense, la santé, la sécurité, la protection de la jeunesse...), l'organisation met en œuvre des dispositifs, mobilise des ressources, répartit les tâches, coordonne les activités, élabore des programmes en vue de répartir ces missions. » (2011 : 158). Les CPAM sont alors pensées comme des « organisations » plutôt que comme des « institutions », et sont ainsi réformables à ce titre.

7.1.3 UN NOUVEAU PROFIL DE DIRECTEURS

La diffusion dans les caisses de ce référentiel est assurée par un changement de profil des directeurs et managers des CPAM, d'autant plus enclins à y adhérer qu'ils ont été formés à une approche gestionnaire de la Sécurité sociale.

Alors que, jusqu'au milieu des années 1960, les organismes de Sécurité sociale sont gérés par des conseils d'administration en charge du recrutement des employés et agents de direction, différentes formations nationales vont naître petit à petit, ouvrant les postes d'encadrement à des candidats externes, et modifiant alors le profil des directeurs, le type de management et les référentiels présents au sein des caisses.

En effet, au départ ce sont les conseils d'administration locaux des CPAM qui sont en charge des recrutements. A l'époque, les promotions internes sont importantes et les agents peuvent gravir les échelons jusqu'à des postes de responsables. Comme l'explique Pascal Martin : « Afin de faire de la Sécurité sociale une "institution ouvrière", le recrutement des agents d'exécution est fondé sur un examen de niveau élémentaire ("quatre opérations – dictée"). La promotion interne prévaut pour la nomination à des postes d'encadrement. Ces modalités visent à "sauvegarder chez les responsables un esprit militant quant à la mission sociale à remplir"¹²⁷. Ce jeu de promotion interne au niveau de chaque organisme constitue "(...) un moyen de contrôle politique, (...) permettant de s'assurer des orientations idéologiques des futurs directeurs" »¹²⁸ (Martin, 2012 : 137).

Le profil des salariés évolue néanmoins avec le temps. Avec le décret du 12 mai 1960, c'est désormais le directeur de la caisse primaire (qui est nommé par le conseil d'administration) qui est en charge du recrutement, et non plus le conseil d'administration lui-même. Le Centre d'études supérieures de la Sécurité sociale (CESSS) est alors créé pour former les cadres dirigeants. Il deviendra en 1977 le Centre national d'études supérieures de la Sécurité sociale (CNESSS), puis l'Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S) en 2004. Les formateurs sont d'anciens élèves du CNESSS ou de l'Ecole nationale d'administration (ENA), ils exercent à la Cour des comptes ou à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), c'est-à-dire dans des institutions de contrôle à dominante gestionnaire.

Les questions de management et de gestion prennent alors une part de plus en plus grande dans la formation : alors que les candidats devaient habituellement choisir entre quatre

127 Antoinette Catrice-Lorey, *Dynamique interne de la Sécurité sociale. Du système de pouvoir à la fonction interne*, CREST, 1980.

128 Ibid.

épreuves (culture générale, économie, droit public ou mathématiques), un cinquième choix de sujet, sur les problèmes de gestion, est mis en place à partir de 1977 (Martin, 2012).

Des licences professionnelles de management de la Sécurité sociale sont également créées dans les universités à partir des années 2000¹²⁹, permettant à des candidats externes qui n'ont jamais travaillé dans un organisme de la Sécurité sociale de l'intégrer à un niveau de manager, sans avoir dû en gravir les échelons et donc sans connaissance pratique de l'Assurance maladie.

C'est, enfin, le profil des directeurs des caisses qui évolue également. Alors que le directeur général de la CNAMTS était auparavant élu par les représentants salariaux et patronaux, il est, depuis la loi Douste-Blazy de 2004¹³⁰, nommé par décret par le gouvernement. Les personnes accédant au poste de directeur de caisse nationale sont ainsi souvent des hauts fonctionnaires, énarques, provenant d'institutions où la logique gestionnaire est importante (IGAS, ministère du budget) et qui ont bien souvent travaillé dans des cabinets ministériels, alors que les précédents provenaient plutôt des administrations centrales et du Conseil d'Etat (Lenoir, 1992).

Le changement de profil du directeur de la CNAMTS joue également sur celui des directeurs des CPAM. En effet, depuis la réforme Douste-Blazy de 2004, c'est désormais lui uniquement qui nomme les directeurs des CPAM et non plus les conseils d'administration de ces dernières. En parallèle, les conseils d'administration des CPAM, qui étaient auparavant paritaires, perdent en influence. A partir de 2004, ils deviennent de simples « conseils », c'est-à-dire qu'ils émettent des orientations et des avis mais ne prennent plus de décision ni ne gèrent directement les caisses. On assiste ainsi à un double mouvement : tandis que le rôle des partenaires sociaux est restreint, celui de l'exécutif s'accroît.

7.1.4 UN CONTROLE ETATIQUE DES DEPENSES DE SANTE

La diffusion du référentiel de maîtrise des dépenses de santé, construit au sein des cabinets ministériels par des hauts fonctionnaires formés à l'économie et la gestion, est ainsi assurée par des profils de directeurs et de managers qui adhèrent à cette conception de la santé et des

129 Une licence de « management opérationnel de la protection sociale » est créée en 2002. En 2008, une licence professionnelle « management des organisations, option statistique de la protection sociale » est créée à l'Institut des risques industriels, assurantiels et financiers de l'Université de Poitiers pour former aux « politiques de gestion du risque, de contrôle interne et d'audit, de lutte contre la fraude ». L'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (UCANSS) développe ainsi un certain nombre de diplômes spécialisés dans le management de la protection sociale, spécialité qui n'existait pas auparavant (Martin, 2012).

130 Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

administrations. L'élite du welfare joue ainsi plus qu'un simple rôle dans l'élaboration des politiques et dans les processus décisionnels puisqu'elle prend directement part à la mise en place opérationnelle des politiques qu'elle a elle-même contribué à faire voter (Hassenteufel, 2008). Cette diffusion n'est néanmoins pas uniquement assurée par des individus, mais aussi par des dispositifs qui contraignent les agents et imposent cette conception des choses.

Les ordonnances Juppé de 1996¹³¹ ont instauré le vote chaque année au Parlement d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Tous les ans, le Parlement fixe ainsi un montant de dépenses que l'Assurance maladie ne doit pas dépasser, l'obligeant ainsi à limiter ses coûts et ses dépenses.

Des conventions d'objectifs et de gestion (COG)¹³² sont également signées entre la Direction de la Sécurité sociale (DSS) (qui est rattachée au ministère de la Santé) et la CNAMTS. Les COG fixent un certain nombre d'objectifs à atteindre en matière de restriction des dépenses (et notamment de personnel). Ces objectifs sont déclinés au niveau local par la conclusion d'un contrat pluriannuel de gestion (CPG) entre la CNAMTS et chaque caisse primaire. Chaque CPG est ainsi établi en fonction de la situation particulière de chaque caisse du point de vue des objectifs à atteindre et du niveau de ses dépenses de fonctionnement. Chaque CPAM a ainsi ses propres objectifs à atteindre. Ils sont décidés en fonction de ses résultats, de sa démographie ou de ses caractéristiques propres. Les COG et les CPG sont signés pour une durée de trois ans. Les objectifs à atteindre sont ensuite réévalués.

Les COG soumettent les caisses à des objectifs « qualité » quantifiés. La mise en place de ces objectifs est censée garantir une meilleure qualité de service : des délais d'attente moins longs à l'accueil, une instruction des dossiers plus rapide (Warin, 2006 ; Borgetto et al. 2004), soit un meilleur traitement des usagers désormais qualifiés de « clients ». L'Assurance maladie, telle une entreprise, évalue la satisfaction de ses clients et sa compétitivité à travers des indicateurs quantitatifs, alors même que l'institution conserve le monopole de la couverture maladie de base en France et n'est donc pas du tout dans la même position qu'une entreprise : quoi qu'il se passe, le « client » reviendra toujours, il n'a pas le choix.

Le respect de ces normes imposées par le haut est toutefois important car il permet aux caisses de décrocher le label de norme ISO 9001¹³³, et de répondre ainsi aux obligations du service public en matière de respect des droits et devoirs des administrés. Le respect des processus

131 L'ordonnance n°96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale et l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale.

132 Les COG ont été instituées par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996.

133 ISO 9001 est une norme « qualité » qui définit des processus à mettre en place pour améliorer la satisfaction des clients. La plupart des entreprises et administrations cherchent à obtenir cette certification.

d'instruction des dossiers et d'accueil par les caisses fait ainsi régulièrement l'objet d'audits¹³⁴.

L'objectif des COG et des CPG est également d'assurer la diminution des dépenses au niveau de l'organisation des caisses. Elles contraignent alors leurs directeurs et leurs salariés à atteindre un certain nombre d'objectifs quantifiés, qui font alors évoluer la nature de leur travail.

7.2 LA DIFFUSION DES TECHNIQUES DU NEW PUBLIC MANAGEMENT DANS LES CPAM

Pour atteindre les objectifs fixés par les COG, les caisses ont recours à un certain nombre de techniques et développent plusieurs outils de gestion. Nous pouvons repérer deux grands types de stratégies mises en place dans les caisses pour répondre au référentiel de « maîtrise des dépenses de santé » : la première qui vise à restreindre les coûts de fonctionnement des CPAM, et la seconde qui cherche à accroître plus directement la productivité des agents.

7.2.1 RESTREINDRE LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT

Depuis la fin des années 1990, la Caisse nationale ainsi que les caisses primaires sont dans une logique de diminution des coûts, imposée, comme nous l'avons vu, par le haut, par le biais des COG. La restriction budgétaire passe à la fois par la diminution des frais de fonctionnement grâce à la vente d'une grande partie des locaux dont les caisses sont propriétaires et le non remplacement des départs à la retraite d'un côté, et le développement de partenariats de l'autre.

7.2.1.1 LIMITER LE NOMBRE DE GUICHETS POUR DIMINUER LES FRAIS DE GESTION

Des schémas directeurs immobiliers (SDI) sont mis en place pour permettre aux caisses de faire des économies. La CNAMTS conseille ainsi aux CPAM de vendre les locaux trop vétustes dont elles sont propriétaires afin d'obtenir des liquidités mais aussi d'éviter des frais d'entretien et de rénovation. Elle prévoit, par exemple, de vendre ou d'arrêter la location de 200 000m² sur l'ensemble de l'Ile-de-France, entraînant la fermeture de nombreux centres :

134 La Caisse des Champs et son service AME furent ainsi audités deux fois entre 2008 et 2010.

vingt-deux sur quarante-deux pour Paris et dix-neuf sur quarante pour les Hauts-de-Seine, soit la moitié de leur effectif¹³⁵.

Ces fermetures permettent également de diminuer les coûts d'encadrement : le nombre de locaux s'amenuisant, les caisses disposent désormais de moins de centres d'accueil ou de production qu'auparavant. Par conséquent, le nombre de directeurs de centre et de cadres diminue. Les caisses valorisent alors la « mutualisation » des centres et des responsabilités : suite au non remplacement des directeurs partis à la retraite, des responsables se retrouvent à la tête de plusieurs agences à la fois. La caisse a ainsi moins de responsables à rémunérer (soit des postes de niveau huit ou neuf avec des salaires importants). A partir de janvier 2010, les caisses primaires gérant un faible nombre d'assurés ont ainsi été poussées à fusionner : de quarante-huit CPAM (généralement issues du même département), on est passé à vingt-deux.

Ces fusions permettent aussi de diminuer le nombre d'agents d'accueil, les CPAM comprenant alors un nombre moins important de guichets. La restructuration permet alors de justifier la baisse des embauches et le principe de non remplacement des salariés prenant leur retraite¹³⁶ : puisqu'il y a moins de centres et moins de guichets ouverts, les caisses ont besoin de moins d'employés. La baisse des effectifs peut toutefois, à son tour, entraîner une fermeture temporaire (quelques jours par semaine) ou définitive des centres (les agents n'étant plus capables d'assurer l'accueil), d'où une moindre fréquentation de ces lieux (les personnes ne sachant plus s'ils sont ouverts ou ne pouvant plus s'y rendre du fait des horaires limités d'ouverture) qui justifie à son tour leur fermeture. Du fait de cette politique, la CPAM des Hauts-de-Seine a ainsi vu son nombre d'employés passer de 3300 à 1600 en dix ans. Cette diminution n'est toutefois pas suffisante pour le Ministère et la CNAMTS : la Caisse a pour objectif de réduire sa masse salariale à 1400 personnes pour 2014¹³⁷.

Les caisses des Champs et des Lys n'ont pas été épargnées par ces restructurations. Dans la première, plusieurs schémas directeurs immobiliers ont reconfiguré l'accueil et le travail des agents. Alors que la CPAM était divisée en trois circonscriptions administratives (est, centre et ouest) et qu'elle comptait quarante-sept centres de paiement pour quarante communes, les circonscriptions administratives sont supprimées et remplacées par deux réseaux (nord et sud) en 2001. Cette réorganisation va engendrer la fermeture de onze centres, trente-six centres seulement restant ouverts au public. Une plateforme téléphonique, centralisant l'ensemble des appels, est également créée pour éviter que les usagers n'aient trop à se déplacer. Cela permet ainsi de faciliter leurs démarches mais aussi de pouvoir fermer et vendre des centres. Fin

135 Caisses primaires d'assurance maladie. Etat critique. CFDT Magazine, n°379, janvier 2012.

136 En Ile-de-France, seulement 15% à 55% des départs en retraite sont remplacés selon les caisses. Source : Ibid.

137 Ibid.

2007, suite à la nomination d'un nouveau directeur général¹³⁸, un nouveau plan de restructuration est mis en œuvre. La direction du risque maladie et ses deux réseaux sont supprimés. Les centres et agences sont remplacés par seize unités de production, dont la gestion est confiée à une « direction de la régulation ».

A la Caisse des Lys, en plus de la mutualisation des accueils, c'est celui des bénéficiaires de l'AME qui est restructuré. Jusqu'en 2012, ces derniers se rendent soit dans les hôpitaux, soit auprès des associations, soit dans deux centres spécialisés « précarité » pour déposer une demande. A partir de 2012, la Caisse des Lys ferme ses accueils dans les hôpitaux et les associations (où elle disposait d'un bureau ouvert quelques jours par semaine dans le cadre de l'aide à l'accès aux droits). Son manque d'effectifs ne lui permet en effet plus de les assurer. Les centres d'accueil précarité sont vendus ou reconvertis dans des missions d'accueil général et deux grands centres sont alors utilisés pour accueillir exclusivement les demandeurs de l'AME.

La Caisse des Champs, qui assurait également des accueils dans certains hôpitaux, a elle aussi décidé d'arrêter. Les agents d'accueil restent ainsi tous dans leur centre. Cela évite d'en recruter davantage et aussi de leur verser des primes de mobilité (qu'ils obtiennent lorsqu'ils vont travailler dans un autre lieu que celui auquel ils sont rattachés).

Le fait de fermer les accueils dans les hôpitaux est aussi source d'économies pour la Caisse des Lys : les agents qui les assuraient, considérés comme autonomes puisqu'ils étaient seuls sur place et n'avaient aucune supérieure avec eux, étaient en effet mieux rémunérés que leurs collègues en poste dans un centre d'accueil standard.

7.2.1.2 LE RECOURS AUX PARTENARIATS : SOUS-TRAITER DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Afin d'effectuer des économies tout en assurant malgré tout l'accueil du public et l'obtention d'informations, les caisses tentent de mettre en place des partenariats pour sous-traiter leurs missions à d'autres institutions (qui peuvent être publiques comme privées).

Pour compenser les fermetures des bureaux dans les hôpitaux, la caisse des Champs a ainsi développé des partenariats avec les associations ou les services sociaux hospitaliers recevant un nombre important de demandeurs de la CMU ou de l'AME. Par la signature de ces contrats, les caisses s'engagent à traiter dans des délais raisonnables les dossiers déposés (un

138 Il est intéressant de noter que le SDI de 2001 est également mis en place juste après l'arrivée d'un nouveau directeur général.

mois pour les demandes d'AME), les associations ou hôpitaux à les constituer correctement selon les volontés des caisses. Ces dernières les forment alors aux règles locales, leur expliquant le type de documents qu'il est nécessaire de fournir mais aussi la manière dont il faut classer un dossier.

La Caisse des Champs a ainsi conclu plusieurs conventions pour les dossiers d'AME : avec l'association Médecins du Monde et l'hôpital Buffon notamment. Ces partenariats permettent aux CPAM de déléguer une partie de leurs missions (l'accueil des demandeurs, l'aide à la constitution des dossiers et leur vérification) aux bénévoles et assistantes sociales qui effectuent alors le travail des agents d'accueil. Ils font également gagner du temps aux agents du service AME lors de l'instruction du dossier : si les pièces constituant ce dernier sont bien présentées dans l'ordre indiqué par le partenariat, l'agent n'a pas à fouiller pour trouver les justificatifs, il passe ainsi moins de temps à l'instruire et pourra en traiter d'autres en supplément, améliorant alors sa productivité et celle du service.

Les responsables, étant évaluées en fonction de cette productivité, sont particulièrement enclines à multiplier ce type d'accords. Nadine s'efforce ainsi de développer cette sorte de partenariats puisqu'ils donnent aux caisses l'assurance de recevoir des dossiers complets et d'éviter ainsi de nombreux retours à l'usager (pour réclamation de documents) et une surcharge de travail pour l'agent obligé alors d'étudier plusieurs fois une même demande, tout en permettant à la caisse de diffuser ses techniques de contrôle des dossiers.

Encadré 10 : Exemple de la mise en œuvre d'un partenariat

Les responsables du département de l'accès aux soins, Nadine et Corine, se rendent à la maison de la Santé de la ville d'Anémone pour y dispenser une formation sur la CMU (de base et complémentaire), l'AME et l'ACS. Cette initiative a été mise au point avec la présidente de la maison de la Santé qui a déjà instauré un partenariat identique au sein de l'hôpital Buffon, où elle dirige le service social. Y sont présents des médiatrices qui travaillent pour la ville ou pour des associations, une employée de la PMI, l'adjoint administratif de l'hôpital de la ville et des assistantes sociales (de secteur et de l'hôpital). C'est la troisième fois que Nadine dispense une formation au sein de la Maison de la santé mais aujourd'hui, elle doit finaliser un partenariat en cours de signature qui permettra aux professionnels de la santé (assistantes sociales, administrateur des hôpitaux, etc.) d'avoir un interlocuteur privilégié au sein de la CPAM pour répondre à leurs questions, et à qui ils remettront directement les dossiers à traiter.

Pendant la réunion, Nadine évoque l'idée d'autoriser leurs partenaires (professionnels de la santé) à délivrer les récépissés de dépôts et attestations d'AME, mais elle n'est pas sûre que la direction de la Caisse accepte car il faut être habilité pour cela. Elle explique que cela serait tout de même intéressant pour la caisse car cela permettrait de « désengorger » les centres d'accueil d'assurance maladie et de limiter la charge de travail de ses agents : *« L'intérêt du partenariat, c'est que personne ne soit perdant dans l'histoire. Actuellement les demandeurs peuvent déposer des dossiers incomplets, ce qui crée des retours et augmente le travail des agents. Le but est que vous constituiez bien les dossiers pour permettre d'accélérer la procédure. Notre objectif est le même que le vôtre : faire accéder les personnes aux soins dans les meilleurs délais. Si vous déposez le dossier vous-même, vous êtes sûr qu'il est déposé alors que le demandeur peut ne pas le faire, vous ne pouvez jamais en être certain. En contrepartie, on s'engage à traiter les dossiers sous trente jours, délai relativement court alors que légalement on a deux mois »* Elle omet alors de préciser que ce délai de trente jours est imposé par la Caisse nationale et s'applique normalement à tous, sauf quand le service n'arrive pas à les assurer (dans ce cas les dossiers des partenaires sont traités en priorité). En contrepartie, la Maison de la santé s'engage à faire la promotion de toutes les actions de prévention de la Caisse. (Journal de terrain, 02.06.09).

7.2.2 UNE RECHERCHE DE PRODUCTIVITE

Le deuxième objectif des caisses d'Assurance maladie pour « maîtriser les dépenses de santé », et notamment le coût de fonctionnement de leur administration, consiste à accroître la productivité de leurs agents. Pour cela, plusieurs techniques et outils sont déployés. Certains renvoient à des techniques d'organisation ancienne comme le taylorisme (la spécialisation des tâches) et d'autres sont plus propres à la nouvelle gestion publique (le management par objectifs, le recours aux statistiques et aux outils informatiques qui permettent de contrôler les agents) bien qu'étant également assurés par les révolutions informatiques.

7.2.2.1 LA SPÉCIALISATION DES TÂCHES

La première technique d'organisation du travail utilisée pour accroître la productivité des agents est celle de la spécialisation des tâches. En limitant les actions des agents et en les rendant répétitives, cette technique est supposée les rendre plus agiles et donc plus rapides.

Elle permet aussi des gains de temps en limitant les actions des salariés, et en éliminant ainsi les gestes inutiles. Voyons comment cette technique est mise en pratique dans les CPAM.

Avant 2001, les quarante-sept centres de la Caisse des Champs assuraient l'accueil physique et téléphonique des usagers, leur affiliation et le paiement des prestations (maladie, maternité et accidents du travail). Les activités des centres étaient variées et les agents polyvalents. En 2001, après la mise en œuvre du premier schéma directeur, sur les trente-six centres restants, seuls dix-huit conservent les mêmes missions. Les dix-huit autres deviennent de simples « agences locales » dont l'activité se résume à l'accueil physique des usagers (leurs agents n'effectuent plus de gestion des dossiers ou de paiement des indemnités). En plus de la diminution des points d'accueil, une spécialisation des activités est ainsi instaurée pour rationaliser le travail et améliorer la productivité. La surspécialisation des tâches s'accroît en 2007 avec le nouveau schéma directeur immobilier.

L'activité de ces seize « unités de production » est totalement spécialisée : neuf sont des « pôles service assurés » (PSA) qui prennent en charge les activités relatives à l'accueil, à la CMU et à la gestion des bénéficiaires, trois (« pôles prestations en espèces ») traitent les indemnités journalières, les quatre derniers (« pôles professionnels de santé ») gérant les relations avec les médecins et pharmaciens.

Le recours à cette taylorisation du travail est souhaité car supposé accroître la productivité des agents, leur permettant d'être plus efficaces et rapides car spécialistes de leur sujet et toujours confrontés au même type de demandes. Dans le même ordre d'idée, les responsables du service AME ont mis en place des procédures de traitement des dossiers. Une note d'instruction en énumère les différentes étapes à suivre dans un certain ordre chronologique. Le respecter améliore, selon les responsables, la productivité des agents.

Pour gagner du temps, les agents sont également encouragés à effectuer de manière répétitive la même action pour un ensemble de dossiers plutôt qu'à les traiter de A à Z l'un après l'autre. Selon la procédure, les agents doivent commencer par effectuer une « recherche d'affiliation ». C'est-à-dire regarder, sur deux logiciels distincts, si le demandeur a déjà des droits ouverts (que ce soit à l'AME ou à un autre régime d'assurance maladie) dans un autre département. Cela permet de vérifier à la fois s'il a déjà un numéro de Sécurité sociale (au cas où il n'en aurait indiqué aucun) et une couverture maladie ouverte dans la caisse ou sur le reste de la région¹³⁹. Pour cela ils doivent donc se connecter à ces logiciels en entrant leurs identifiant et mot de passe. La session ne restant pas ouverte très longtemps, ils doivent

139 A l'époque, le RNIAM (répertoire national inter-régime des bénéficiaires de l'assurance maladie), qui permet aujourd'hui d'effectuer ces recherches sur la totalité du territoire français, n'existait pas encore.

s'enregistrer à nouveau pour chaque dossier. Dans un souci d'économie de temps, les responsables leur conseillent donc de faire les recherches d'affiliation pour l'ensemble des dossiers qu'ils doivent traiter (de dix à quinze à chaque distribution) avant de passer au reste de l'instruction. Cela leur permet ainsi d'éviter tous les temps morts : ouverture et fermeture du logiciel ou reconnexion.

Le recours à des agents embauchés en contrat à durée déterminée (CDD) est aussi utilisé par les responsables pour « booster » leur production. En 2008, le service AME faisant face à un grand retard dans le traitement de ses dossiers (trois mois de délai au lieu des trente jours préconisés par la caisse nationale), la responsable obtient l'embauche de six contrats à durée déterminée de six mois. Ce recours à des CDD pour résorber le solde se reproduira à plusieurs reprises. A chaque fois, ces CDD sont cantonnés à une seule et même action : la recherche d'affiliation. Cela permet au service de ne pas perdre de temps à former ces personnes et aux agents titulaires de passer directement à l'instruction des dossiers et de gagner ainsi en productivité : ils traitent alors en moyenne vingt-cinq dossiers par jour au lieu des vingt habituels.

7.2.2.2 UN MANAGEMENT PAR OBJECTIFS

Les agents sont également incités à être plus productifs par un système de management par objectifs qui fonctionne comme un système de sanctions et récompenses. Les agents sont évalués en fonction d'objectifs qu'ils doivent atteindre. Ils ne peuvent négocier d'augmentation et de promotions que s'ils ont atteints ces objectifs (fixés par leur cadre).

Les agents du service AME (tout comme ceux de tout service de traitement de dossiers) sont jugés selon deux critères : 1) le nombre de dossiers traités par jour, 2) leur taux d'erreur dans le traitement de ces dossiers. La responsable du service considère que l'instruction de vingt à vingt-cinq dossiers par jour est un bon rendement. Le taux d'erreur quant à lui doit être inférieur à 5% (il est fixé par la COG). Pour que le service délivré par la Caisse soit considéré « de qualité », les dossiers doivent être traités dans un délai d'un mois (objectif national), obligeant les responsables à mettre en place des processus leur permettant de respecter ce délai.

Les agents d'accueil sont évalués en fonction du temps des entretiens et des délais d'attente. La COG a fixé comme objectif significatif d'un service de qualité que 80% des personnes reçues à l'accueil le soient en moins de vingt minutes. La Caisse des Champs, auparavant très mal classée, a cependant décidé de durcir cette condition pour s'assurer un meilleur score

national, et a ainsi fixé comme objectif local de recevoir 80% des usagers en moins de trois minutes. Pour cela, les agents doivent accueillir les personnes au pré-accueil en moins de trois minutes et au deuxième niveau en moins de vingt minutes. De plus, 20% seulement des usagers peuvent être envoyés en deuxième niveau.

Les cadres disposent de logiciels informatiques qui leur permettent de vérifier la réalisation de ces objectifs. En matière d'instruction des dossiers, à la fin de chaque journée, les agents doivent indiquer le nombre de dossiers qu'ils ont traités dans le logiciel OSCARR (logiciel de gestion comptable et financière des ressources humaines). Les agents pointant, leur temps de travail est également enregistré par OSCARR qui calcule alors la quantité de travail délivrée dans la journée, ainsi que le nombre de dossiers accordés ou refusés et les motifs. A partir de ces données, la cadre peut générer des statistiques qu'elle transmet ensuite à sa direction pour justifier de la bonne activité et productivité de son service et de ses agents. Le taux d'erreur est calculé par le contrôleur. Tout accord est en effet vérifié par un délégataire de l'agent comptable. Il s'assure que toutes les preuves sont réunies et qu'aucune erreur n'a été commise dans la transcription informatique du dossier ou de l'attestation de droits (fautes de frappe sur les noms, adresses ou dates de naissance qui peuvent engendrer des refus de soins ou un non acheminement de la réponse).

A l'accueil, le respect des délais est contrôlé par la cadre grâce à un logiciel de gestion de la file d'attente, Sirius, qui se met en route dès que l'agent appelle un usager. A son arrivée dans le centre, ce dernier prend un ticket délivré par une machine connectée au logiciel. Dès l'émission du ticket, l'ensemble de son parcours, les temps d'entretien comme les délais d'attente, vont être chronométrés et enregistrés. Grâce à ces relevés, les cadres peuvent ensuite élaborer des statistiques décrivant l'activité de leur service. Sirius permet également à l'agent de contrôler lui-même son travail en temps réel. En effet, un rectangle s'ouvre sur son ordinateur dès qu'il appelle un usager. Le temps d'entretien y est indiqué et un trait défile le long du cadre : vert au départ puis rouge lorsque les trois ou vingt minutes (selon qu'on est au pré-accueil ou en deuxième niveau) touchent à leur fin.

De son côté, la cadre peut également surveiller l'activité de ses agents représentés sur son ordinateur par des petits bonhommes verts lorsqu'ils sont dans les temps, rouges quand ils dépassent le chronomètre. Son bureau se trouvant juste derrière les guichets, elle peut alors aller les voir pour leur dire de respecter leurs délais. Elle peut aussi s'assurer que les agents sont bien en activité. S'ils ont terminé l'entretien précédent, mais n'ont appelé aucune autre personne depuis, elle s'en aperçoit. Cela ne signifie pas forcément que l'agent ne travaille pas, mais, bien plus fréquemment, qu'il a « clôturé » informatiquement son entretien, alors même qu'il le poursuit en réalité, pour que son taux moyen de réception n'excède pas les trois

minutes. La cadre n'a toutefois pas forcément intérêt à le sermonner : si les agents laissaient réellement Sirius fonctionner, ils seraient bien souvent hors délai, ces temps étant extrêmement difficiles à respecter. Or si les agents n'atteignent pas leurs objectifs, il en va de même pour leur responsable.

Le système d'évaluation est en effet pyramidal : l'agent est évalué par son cadre qui l'est lui-même par son responsable, lequel l'est par son directeur, et ainsi de suite. La réussite de chacun dépend alors de celle de son subalterne, conditionnée par celle de ses collègues. En effet, bien que les agents soient évalués individuellement, la répartition des primes se fait au niveau collectif. Pour que certains agents du service AME puissent obtenir une prime, il faut que le service entier ait atteint ses objectifs, et donc que tous aient été productifs, le manque d'efficacité de l'un pouvant entraîner une mauvaise évaluation pour l'ensemble du service. Cela crée forcément une forme de contrôle entre les agents.

L'émulation collective n'est toutefois pas payante pour tous. Les « pas de compétence » (points d'augmentation) sont limités et définis par le classement des caisses. Plus une caisse est cotée, plus elle disposera de moyens pour financer des promotions. Ce budget est alors réparti entre les meilleurs départements. C'est ensuite le responsable de chaque service qui décide à qui accorder ces augmentations, mais le nombre de « pas de compétence » étant limité, il ne peut en distribuer à tout le monde. Bien qu'une dizaine d'agents aient rempli haut la main leurs objectifs, seulement un tiers, par exemple, pourra en bénéficier.

Les pas de compétence peuvent de plus être distribués non pas par service mais par regroupement de services ou par centre d'accueil : ainsi si dans un PSA les délais d'accueil sont bons mais ceux de traitement des demandes de CMU mauvais, c'est l'ensemble du centre qui sera mal classé et ne bénéficiera pas de points d'augmentation. Cela signifie aussi que les points devront être partagés entre un nombre plus important de personnes, ce qui diminue les possibilités de promotion. Enfin, cela peut créer du mécontentement chez les agents notamment en cas de mutualisation des accueils : si on place sous une même direction un centre bien classé et un autre en bas de l'échelle, ce dernier risque de « plomber » les statistiques de l'ensemble du centre.

Depuis 2005, le respect des objectifs est vérifié lors d'entretiens annuels d'évaluation et d'accompagnement (EAEA)¹⁴⁰. Ces EAEA sont effectués par le supérieur direct de chaque employé. La première année, l'agent se voit fixer des objectifs quantitatifs dont la réalisation fera l'objet de sa future évaluation. Les objectifs sont définis individuellement en fonction de

140 On retrouve aujourd'hui ce mode d'évaluation dans la plupart des entreprises et dans de plus en plus d'administrations.

l'ancienneté et des aptitudes de chaque agent. Les demandes de formation, de promotion ou les augmentations sont accordées selon le résultat de ces entretiens. A partir de la mise en place des EAEA, c'est aux responsables de proposer leurs agents pour la formation au management. La demande n'est plus volontaire. Les agents se doivent ainsi de rester loyaux et de bien s'entendre avec leurs responsables s'ils veulent pouvoir évoluer dans la hiérarchie (Martin, 2012).

Les salariés des CPAM sont ainsi désormais payés au mérite plutôt qu'à l'ancienneté¹⁴¹. Des primes d'intéressement sont distribuées à chaque employé en fonction du classement de sa caisse, preuve qu'on est rentré dans une logique de résultats plutôt que de moyens. Auparavant, tous les cinq ans, les agents obtenaient des « pas de compétence » à l'ancienneté. Désormais la rémunération est individualisée : les pas de compétences sont attribués sur décision des supérieurs aux agents les plus « méritants ». Ces pratiques contrastent avec les principes égalitaristes et statutaires qui prévalaient auparavant et ne permettent pas pour autant aux agents d'obtenir de grosses augmentations : celles-ci équivalaient généralement à cinquante euros bruts en 2010 (Buisson, 2011).

7.2.2.3 EVALUER, QUANTIFIER, SUPERVISER : LE POIDS DES STATISTIQUES

Les COG organisent ainsi la vie des services et les manières de travailler des agents : l'orientation au deuxième niveau, le temps dédié aux assurés sont dictés par les COG. C'est ainsi une culture de résultats qui se diffuse au sein des caisses. L'important est de pouvoir attester que les objectifs ont été atteints, ou tout du moins que le service a augmenté sa productivité. Pour cela, les cadres utilisent des statistiques, tableaux et graphiques. Ces derniers permettent d'illustrer leur travail.

Ces outils sont propres au new public management. Ce dernier prône en effet l'abandon de la culture des moyens, qui prédominait jusqu'alors dans les administrations, en faveur d'une culture de résultat. Désormais, pour obtenir des moyens (des financements), il faut d'abord montrer ses résultats. Ces derniers sont « quantifiés » pour pouvoir être comparés et évalués. Le NPM va en effet de pair avec l'évaluation et la mise en concurrence interne (du personnel, des services) et externe (entre les caisses ici). Le secteur public a alors recours à des outils du privé tels que les indicateurs de performance, le lean management ou le benchmarking. De plus, la « culture client » doit se substituer à celle de l'utilisateur : on passe de la culture du service public, considérée comme bureaucratique, obsolète et contraire à la productivité, à une

141 Ces nouveaux principes ont été introduits par l'accord du 30 novembre 2004.

culture commerciale où l'utilisateur est désormais perçu comme un client. Ce nouveau type de relation doit permettre une meilleure satisfaction de l'utilisateur (De Gaulejac, 2011 ; Belorgey, 2010). Pour évaluer cela, les agents se réfèrent alors à des indicateurs chiffrés.

Les statistiques sont ainsi omniprésentes dans les caisses et jouent un rôle crucial dans le travail des agents. Nous avons été frappée lors de nos différents terrains par leur surreprésentation dans le travail des cadres, que ce soit au service AME ou à l'accueil, et par le décalage entre ce qui constituait pour nous un travail ingrat et peu prestigieux (tri des dossiers et courriers, distribution des dossiers) et les fonctions de ceux qui s'en acquittaient. Tout le temps passé à faire des statistiques plutôt qu'à instruire des dossiers nous paraissait également contraire à une logique de productivité. A nos yeux de novice, il aurait été beaucoup plus judicieux que ces agents traitent également des dossiers. Nous n'avions alors rien compris à l'importance des statistiques et leur rôle primordial dans les évaluations, les notations des agents, des services et des caisses, les recrutements mais aussi au nouveau mode de gestion qui se met en place dans les administrations.

Pour être bien évalués par leur hiérarchie et pouvoir monter en grade, les responsables de départements doivent montrer qu'ils sont de bons managers, c'est-à-dire qu'ils savent au mieux utiliser le nombre d'agents qu'ils ont à leur disposition et organiser leur charge de travail de manière efficiente. Les statistiques, graphiques et tableaux de bord leur sont alors très utiles pour mettre en valeur la bonne gestion de leur personnel. Cela les aide à organiser le travail de leurs agents, à planifier les « besoins », et peut également les préserver d'accusations de favoritisme lorsqu'ils choisissent les personnes qui seront augmentées et promues (Buisson, 2011). Ces outils confèrent ainsi une légitimité et une neutralité à leurs décisions.

Afin d'évaluer la productivité de leur service, les responsables quantifient toutes les activités de leurs agents en équivalent temps plein (ETP) dans des tableaux qu'ils soumettent ensuite à leurs directeurs pour justifier une demande de poste. Nadine, la responsable du département de l'accès aux droits, a ainsi pu recruter des CDD lorsque le service AME a vu grandir sa charge de travail, soit que les « entrées » (nombre de dossiers reçus par semaine) augmentaient, soit que de nouvelles tâches étaient assignées aux agents : vérification de l'immatriculation de l'ensemble des bénéficiaires pour leur attribuer un nouveau numéro, mise en place de la carte AME avec photographie, etc. *« Pour réclamer des postes, il faut calculer l'équilibre charge/ressources : combien les activités demandent d'ETP et combien on en a, il faut chiffrer pour pouvoir avoir une chance d'obtenir des postes, dire que la charge de travail a augmenté et vérifier que toutes les activités sont bien en rapport avec le*

service »¹⁴² explique-t-elle. Elle a ainsi estimé que la remise en mains propres de la carte AME dans les accueils, à partir de mars 2011, allait représenter cinq ETP à l'accueil, et la scannérisation des photos trois ETP pour le service AME. Un ETP représente un poste budgétaire c'est-à-dire 183 jours de travail par an compte tenu des vacances et des RTT.

Toute la « production » AME est ainsi quantifiée, à la fois pour justifier des demandes de postes et pour organiser le travail au sein du service. Chaque matin, le courrier reçu est tamponné, trié et classé par les référentes de l'AME. Ce tri est très long parce qu'il sert non seulement à organiser le travail des techniciens, à prouver la bonne gestion et production du service, à légitimer des demandes de recrutement, mais aussi à répondre aux demandes de la CNAMTS en terme de statistiques et de renseignements sur les demandeurs de l'AME.

Il permet également d'organiser le travail des agents : chaque pôle dispose d'un casier contenant les dossiers à traiter, rangés par catégories : première demande, renouvellement, soins urgents et vitaux, mises à jour. Ils sont classés par date d'arrivée (date de réception du courrier) en petits paquets, les plus récents se trouvant au fond de la boîte. C'est la référente qui constitue ces petits paquets à la fin du tri du courrier. Sur chaque paquet, maintenu par un élastique, figure une feuille où sont indiqués : la provenance des dossiers (nom du PSA gérant ces communes), leur nombre, leur date d'arrivée et leur contenu (première demande, renouvellement, etc.).

Tous les jeudis, les agents doivent calculer leurs statistiques par pôle. Ils doivent ainsi aller vérifier dans les boîtes combien il leur reste de dossiers à traiter, les dates d'arrivées de ces dossiers et leur type. Ces données sont transmises à la cadre AME qui doit ensuite établir les statistiques de la semaine en fonction des entrées et des stocks restant. Cela lui permet d'évaluer la productivité du service mais également le délai de traitement des dossiers. Cette activité lui prend énormément de temps. Lorsqu'elle s'aperçoit qu'un pôle est plus avancé que les autres, elle redistribue les dossiers des pôles en retard à ceux en avance pour que les délais de traitement soient respectés. Les statistiques ne font en effet pas ressortir le bon travail d'un seul pôle, alors que, s'il y a entraide, la moyenne du délai de traitement baisse et le service est mieux évalué.

142 Journal de terrain, déjeuner avec Nadine et Corine, 07.01.10.

Encadré 11 : Le tri du courrier au service AME

A la réception des courriers, les agents trient d'abord les dossiers par catégorie de traitement :

- Les études prioritaires : soins urgents et vitaux, demandes d'AME accompagnées d'un certificat médical et demandes de rétroactivité des droits,
- Les premières demandes,
- Les demandes de renouvellement,
- Les mises à jour,
- Les demandes du ressort de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) : demandes à titre humanitaire, demandes d'AME pour des personnes placées en centres de rétention administrative (ces dossiers sont transmis à la DDASS à l'aide d'un courrier spécifique),
- Les recours gracieux.

Ce premier tri est ensuite affiné. La référente commence par comptabiliser les dossiers de chaque catégorie. Elle compare ensuite le nombre de ceux envoyés par la poste à ceux passés par les centres d'accueil. Elle les classe enfin en fonction des communes d'où ils proviennent. Tous ces chiffres sont enregistrés informatiquement et permettent ensuite de calculer hebdomadairement le nombre d'« entrées » (nombre de dossiers reçus dans la semaine) et le pourcentage des demandeurs passés par l'accueil (la Caisse nationale souhaitant à terme qu'il soit de 100%).

A l'accueil, le travail de la cadre, en plus de l'organisation des emplois du temps des agents (susceptibles d'être revus en cas d'absence, les postes de pré-accueil devant être assurés en priorité), est aussi extrêmement focalisé sur les statistiques et la gestion de la productivité de son service. Son bureau est situé à l'arrière des guichets. Sur son ordinateur, elle remplit des tableaux de bord et surveille le travail des agents, vérifiant que ces derniers sont bien en train de recevoir les usagers et ne dépassent pas les délais de réception et d'attente qui leur sont impartis. Elle s'assure également de la bonne diffusion des notes d'instruction auprès de son personnel, mais est en général peu visible voire peu présente.

Quant aux agents du service expert, bien que chargés de la rédaction des notes d’instruction en matière d’accès aux soins, ils consacrent la majeure partie de leur temps à établir des statistiques pour le département de l’accès aux droits et la CNAMTS. Pour cela, ils font des « requêtes » dans leurs nombreux logiciels informatiques, ce qui leur permet d’obtenir des informations, réclamées par le Ministère, sur les bénéficiaires AME (leurs nombre, sexe, âge, durée de résidence et durée de couverture), mais aussi sur la production du service et de l’ensemble des centres d’accueil. Elles réalisent ainsi des tableaux de bord sur les délais de traitement des demandes de CMU pour chaque PSA et se chargent d’envoyer l’ensemble de ces statistiques à la CNAMTS. Pour cela de nombreux outils informatiques sont mis en place et de nombreux groupes d’études créés entre la CNAMTS et les CPAM.

Au fil de notre observation, la direction a exigé des agents du service expert de plus en plus de statistiques ainsi que de nouvelles manières de les présenter. En 2009, le directeur de la clientèle leur demande ainsi de faire des graphiques en plus des statistiques, trouvant cela plus représentatif. La réalisation de tous ces tableaux pèse particulièrement sur le travail des agents du service expert qui ne sont que deux pour retranscrire l’ensemble des instructions en matière de CMU et d’AME. N’ayant déjà pas le temps de faire leur travail, elles sont un peu effrayées quand on leur demande en plus d’établir des graphiques. Etant déjà en sous-effectif (un agent en congé maladie de longue durée n’a jamais été remplacé), elles se demandent comment l’une pourra assurer tout cela pendant que l’autre sera absente. Elles s’interrogent également sur leur capacité à rédiger en parallèle les notes d’instruction : « *Bientôt on ne fera plus que ça !* », d’autant plus que les demandes de statistiques sont hebdomadaires et pressantes. Du coup, l’activité de la réglementation en souffre : la note d’instruction de l’AME n’a ainsi pas été remise à jour entre 2006 et 2009 alors que la législation a été modifiée à plusieurs reprises.

A l’inverse, Nadine trouve l’idée des graphiques très bonne. En mai 2009, elle est très fière des statistiques AME qu’elle va présenter au directeur de la clientèle lors de son EAEA. Ses objectifs sont atteints. Les dossiers d’AME devaient être traités en moins de trente jours, ils le sont actuellement en vingt. C’est même la première fois qu’il y a un solde de zéro mise à jour à l’AME. Elle va le mettre en évidence... mais pas trop car elle a peur qu’on lui retire des techniciens du service AME ou qu’on les mute à la CMU. Les délais AME sont très bons alors que les entrées augmentent : ce sont d’excellentes statistiques et les graphiques mettent ces éléments en valeur : la courbe monte, le chiffre est inférieur. On voit immédiatement ces « résultats ». Le quantitatif, c’est-à-dire ce qui est demandé, ressort.

Bien que pouvant être perçue comme une activité extrêmement lourde par les agents qui les effectuent, les statistiques sont devenues le cœur du travail des cadres et l’atout principal des

responsables de service. Ces derniers ne jurent plus que par elles. Nadine, par exemple, explique lors de l'audit des Bleuets : « *Ça prend beaucoup de temps mais au final c'est très porteur car tu peux avoir seulement une personne qui te plombe toutes tes statistiques et alors tu t'en apercevras ou alors tu peux voir qu'il y a de grandes tendances. La supervision permet de redresser le tir et de renforcer les compétences des agents* »¹⁴³.

Encadré 12 : Quantifier pour accroître sa production : l'exemple de l'audit des Bleuets

En 2009, la Caisse des Champs doit mettre en place trois plans de maîtrise locaux (PML) concernant : la CMU de base, la CMU complémentaire et l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Les responsables du service CMU-AME sont alors mandatées par leur directeur afin d'effectuer un audit sur l'accueil des demandeurs de ces trois prestations et le traitement de leurs dossiers. Elles se rendent au centre des Bleuets afin d'y mettre en place des procédures « pilotes » qui seront diffusées à l'ensemble des centres d'accueil si elles s'avèrent efficaces. L'objectif est notamment d'éviter les retours de dossiers au niveau du service AME, action perçue comme une surcharge de travail puisque la demande est traitée à plusieurs reprises et donc par plusieurs agents, ce qui mobilise plus d'ETP. Pour cela, l'idée est notamment de recevoir à terme 100% des bénéficiaires de l'AME dans les accueils pour s'assurer que les dossiers transmis au service AME sont complets, comme l'explique Nadine : « *Certes il y a une perte de temps à l'accueil, mais un gain de temps dans le traitement des dossiers car ils sont plus complets et donc l'instruction se fait plus rapidement et cela évite les retours. En AME on a 80% de retours et on fait trois fois le même travail : ce n'est pas efficace. Si on fait des statistiques et qu'on note que seulement 20% des demandeurs de l'AME sont passés à l'accueil, la CNAMTS ne va pas être contente* »¹⁴⁴.

Pour commencer, Nadine demande aux cadres des Bleuets de décrire leur activité et le nombre d'agents dévolus à chaque tâche. Elle évalue alors le temps que chacun y consacre pour voir si ces procédures sont rentables. Ainsi lorsque la responsable de la « production CMU » (service d'instruction) lui explique que chaque agent trie et enregistre le courrier reçu en début de journée, Nadine estime la durée de cette action à deux heures par technicien et se demande : « *Est-ce que c'est rentable ? C'est pratique pour la traçabilité des dossiers mais cela peut être remis en question quand le PSA n'a plus de solde. Pour vendre ce genre de procédé au directeur général de la clientèle, il faut lui prouver que c'est un plus, donc il faut*

143 Journal de terrain, 09.06.09.

144 Tous les extraits de verbatim et éléments qui vont suivre dans ce point sont issus de l'observation menée le 09.06.09 au centre des Bleuets.

le quantifier. Il ne faut pas dire : "On a en a beaucoup". C'est quoi "beaucoup" ? Il faut quantifier pour pouvoir argumenter ! ». Elle explique que le service AME, ayant trois mois de stock (6000 dossiers en attente), recevait sans cesse des appels de demandeurs venant aux nouvelles. Les agents allaient alors chercher le dossier pour voir où il en était. Pour eux cela faisait partie de la qualité du service, mais pas pour elle car *« pendant ce temps-là, le dossier du pauvre con qui n'appelle pas et qui n'embête personne, il n'est pas traité. La qualité de service c'est aussi traiter les dossiers. Et quand on cherche, on ne traite pas ».*

L'audit continue. La responsable de la « production CMU » (soit le service d'instruction des dossiers de CMU) explique sa méthode de travail. Le matin, elle distribue en général quinze dossiers à chaque agent, puisque c'est la moyenne demandée. A la mi-journée, elle passe voir combien il en reste et s'il faut en rajouter. Comme Nadine lui explique qu'en faisant ainsi, elle limite la production, elle répond que certains agents font plus de quinze dossiers et qu'il y a beaucoup d'entraide lorsque l'un a du mal à finir, chose qui n'existait pas auparavant. Mais pour Nadine, ce type de fonctionnement demande beaucoup trop d'encadrement et représente une perte de temps pour la responsable. De plus, cela limite la productivité, ce qui transparaît dans le fait que les agents ne traitent en moyenne que douze dossiers par jour : *« Moi, je suis quelqu'un de normal, tu m'en donnes quinze, je ne vais pas chercher à en faire dix-huit ! ».* Pour elle, un bon agent doit organiser son travail en fonction de la charge qu'on lui donne. Elle tente d'évaluer la charge de travail que constituent quinze dossiers. D'après le rapide calcul qu'elle effectue, c'est vraiment peu (trente minutes pour traiter un dossier de CMU-C (dix minutes pour quelqu'un qui a déjà le RMI, les ressources n'ayant pas à être prises en compte), quarante-cinq minutes pour une demande d'ACS), même en tenant compte d'une déperdition chez les « anciens » agents qui, ayant leurs habitudes, s'adaptent mal aux nouvelles procédures, contrairement aux nouveaux fraîchement formés, selon elle.

Nadine demande ensuite à la responsable si elle a donné des règles concernant l'instruction des dossiers, si elle a mis en place des processus : *« Est-ce que par exemple les agents font toutes les recherches d'un coup pour éviter de perdre du temps à se reconnecter et retaper les identifiants dans les différents logiciels ? ».* Pour l'instant, elle ne leur a pas imposé de méthode particulière. Nadine se demande si ce ne serait pas une bonne chose, expliquant qu'elles l'ont fait au service AME pour les agents « lents », non organisés, et qu'elles ont ainsi réussi à doubler leur production.

A travers ses conseils, Nadine ne cesse de mettre en avant son département et les procédures qu'elle y a instaurées. Le service AME est divisé en quatre pôles. Chaque pôle est en « autogestion » : chacun gère son stock de dossiers et ses entrées. Les agents sont ainsi « plus

autonomes » selon elle. Ils comptabilisent leur stock eux-mêmes et remplissent le logiciel OSCARR. Pour Nadine, *« l'autonomie, ça aide à avancer. Il y avait des gens qui ne savaient pas traiter certains types de dossier. Maintenant ils traitent tout car chaque pôle doit gérer son stock, donc ils ne peuvent pas dire : "Ah non je n'aime pas ça !", sinon cela compromet leur pôle et leur équipe. A l'inverse si le pôle est en retard, s'il y a du stock, chaque agent va prendre les dossiers dans lesquels il est le meilleur pour permettre d'avancer plus vite. Et les agents des autres pôles les aideront aussi pour ne pas creuser l'écart et qu'il y ait trois pôles à jour et un très en retard »*. Selon elle, cette organisation crée une émulation entre les groupes mais aussi une entraide.

7.3 STRATEGIES, CONTRAINTES ET RESSOURCES DES AGENTS

Cette recherche de productivité et d'efficacité se reflète dans le discours et les habitudes des agents qui instruisent les dossiers et reçoivent les usagers. Elle influence aussi leurs pratiques. A la Caisse des Champs, les références aux « temps » et aux « chiffres » sont omniprésentes dans les discussions des agents, u'ils y adhèrent ou qu'ils les critiquent, et au cœur de nombreuses conversations et conflits.

Les agents étant évalués en fonction de leur production, ils sont bien obligés d'en tenir un minimum compte s'ils veulent avoir de bonnes relations avec leurs supérieurs et leurs collègues. Ces indicateurs étant, de plus, inspirés par un souci de justice – ils permettent d'assurer un service de « qualité » en recevant les usagers rapidement et en traitant leur demande dans les meilleurs délais – il est difficile pour les agents de s'y opposer complètement, d'autant plus qu'ils sont également présentés comme permettant de sauvegarder le système social français.

Avant de nous intéresser aux différentes manières dont les agents réagissent face à ces injonctions à la productivité, voyons tout d'abord comment elles s'imposent à eux – qu'ils y adhèrent ou non – et structurent leur manière de travailler et leurs relations avec leurs collègues et les usagers.

7.3.1 DES INDICATEURS QUI ENCADRENT LE TRAVAIL

Qu'ils veuillent ou non en tenir compte, il est difficile pour les agents d'échapper à ces indicateurs : le respect des « objectifs » est régulièrement évoqué lors des entretiens annuels et suivis mensuels. Bien que d'autres éléments permettent d'évaluer les agents, il transparaît

dans leur discours que le respect des objectifs quantitatifs est celui qui importe le plus aux responsables.

« On a beau nous dire que cela ne compte pas, qu'il n'y a pas que ça, tous les mois quand on a nos entretiens individuels on nous en parle : « Ah ! T'as fait trois minutes trente, c'est un peu trop... » » explique Marion, agent d'accueil au centre des Tourelles. (Journal de terrain, 07.04.10).

Ces rappels sont d'autant plus importants qu'ils peuvent être quotidiens, sous-entendus lors de brefs échanges avec les responsables au détour d'un couloir, lors d'une pause ou lorsqu'elles se rendent dans leurs bureaux. Les résultats sont sans cesse affichés, encensés ou dénigrés par les responsables. Nous croisons ainsi régulièrement Corine en train de calculer, sur son grand calendrier mural, les délais de traitement en matière d'AME, l'air souvent abattu (notamment lorsque le service est à trois mois de délai). Lors des réunions de service Nora et Corine complimentent ou briment les agents en fonction du respect de ces objectifs, les incitant à consulter les tableaux de bord du service sur lesquels figurent des émoticônes leur permettant de se faire rapidement une idée de sa productivité.

	Périodicité	Période	Socle / Seuil d'inacceptabilité	Objectif / Cible	Résultat P-1	Résultat P	Tendance	Résultat P / Objectif	Ecart Résultat P / Objectif	Résultat Cumulé	Résultat Cumulé / Objectif
Taux d'avants droit certifiés et rattachés	Mensuelle	06/09	93,0%	98,0%	99,0%	98,9%	↘	😊	0,9		
Taux de carte Vitale renouvelées en moins de 21 jours en cas de perte, vol	Trimestrielle	06/09	70,0%	90,0%	non dispo	non dispo	→	😊			
Délai d'instruction des dossiers CMUC	Mensuelle	05/09	-	30 Jours	32 Jours	37 Jours	↘	😞	-7		
Délai d'instruction des dossiers AME	Trimestrielle	03/09	-	30 Jours		20 Jours		😊	10		
Délai d'instruction des dossiers ACS	Mensuelle	05/09	-	30 Jours	36 Jours	34 Jours	↗	😞	4,0		
Taux de dossiers CMU de base traités en 48h	Mensuelle	05/09	-	100,0%	90,0%	69,0%	↘	😊	-31,0		
Taux de cartes Vitale délivrées en moins de 21 jours en cas de création	Trimestrielle	06/09	70,0%	90,0%	non dispo	non dispo	→	😊			

Légende :

- | | |
|--|--|
| 😊 Résultat supérieur ou égal à l'objectif. | ↗ Evolution favorable de l'indicateur. |
| 😞 Résultat compris entre le socle et l'objectif. | ↘ Evolution défavorable de l'indicateur. |
| 😞 Résultat inférieur au socle. | → Pas d'évolution. |

Tableau 2 : Tableau de bord de pilotage « gestion du dossier client assuré »

Le contrôle des agents et l'intériorisation de la contrainte de productivité s'exercent également par l'emploi de logiciels (Sirius et OSCARR) qui ne laissent qu'une très faible autonomie aux techniciens, et tout particulièrement à ceux de l'accueil, leur dictant quand commencer ou arrêter un entretien. Le clignotement rouge de Sirius lorsque le temps de réception autorisé est dépassé (trois ou vingt minutes) agit ainsi comme un processus de pression, d'autant plus efficace et agaçant qu'il est visible et répétitif.

Alors que le voyant de Sirius clignote rouge et que l'assuré est toujours en train d'expliquer son cas à Stéphanie. Cette dernière s'exclame : « *Je vais clôturer l'entretien, sinon il va finir par exploser !* ». (Journal de terrain, Centre du Parc, 16.03.10).

Le logiciel permet également aux cadres de mieux contrôler et discipliner leurs subordonnés puisqu'elles peuvent ainsi surveiller leurs activités et production en temps réel. A travers l'informatisation du travail et l'imposition des logiciels, les agents ne peuvent échapper aux règles de productivité comme l'illustre le propos humoristique de Marion :

« *Ah oui Sirius, c'est très important, c'est le deuxième homme de ta vie après OSCARR, OSCARR c'est le premier!* » (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 13.04.10).

Une bonne journée est donc une journée où l'on a traité beaucoup de demandes et où l'on a bien respecté les délais d'entretien, soit les éléments en fonction desquels les agents sont évalués. Les employés du service AME sont ainsi nombreux à rester plus tard le soir pour « *faire plus de dossiers* » lorsqu'ils estiment qu'ils n'ont pas été assez productifs dans la journée.

7.3.2 A L'ACCUEIL : LA PRESSION DE LA FILE D'ATTENTE

Les logiciels ne sont toutefois pas les seuls éléments qui obligent les agents à respecter les délais. En effet, la pression de la salle, du fait du nombre d'assurés reçus et des temps d'attente qu'ils doivent endurer, impose un certain rythme de travail. Les agents ne peuvent pas prendre de pause tant qu'il y a des usagers à recevoir (sauf lors du déjeuner). La productivité s'impose ainsi à eux. De plus, le pré-accueil est situé face à la salle d'attente et la queue est visible du guichet, ce qui peut agir comme un levier de pression sur l'agent qui cherche alors à aller plus vite pour recevoir plus rapidement les usagers et éviter leur mauvaise humeur. En effet, plus l'attente est longue, plus ces derniers arrivent énervés et potentiellement agressifs. D'autre part, qui dit monde dit davantage de bruit, d'où des

conditions de travail plus difficiles et pénibles. La vue de la file d'attente incite alors l'agent à aller le plus vite possible.

Les agents préfèrent par conséquent être en deuxième niveau ou en entretien AME, dans des box fermés d'où ils ne voient pas la queue et ne sont pas visibles, et où les objectifs sont moins difficiles à atteindre.

« C'est plus cool, tu n'as pas la pression de l'accueil. On ne voit pas les personnes attendre dans la salle, nous regarder avec insistance quand on fait autre chose et qu'on ne reçoit personne » explique Diane. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 13.04.10).

Du coup, ils rechignent à être de pré-accueil plusieurs jours de suite, estimant que cette tâche est trop lourde et que cette pénibilité doit être mieux répartie pour rendre le travail supportable.

Marion demande à Aline, sa cadre, à changer de planning car elle était au pré-accueil toute la semaine dernière et y est encore affectée cette semaine. Aline lui répond qu'elle comprend bien son problème mais qu'elle ne peut rien modifier car il y a trop d'absences en ce moment (des longues maladies, ce qui la panique beaucoup car s'il y a beaucoup d'agents absents, elle n'aura pas assez de personnel pour assurer correctement l'accueil et devra fermer certaines agences ce qui risque de causer le mécontentement des usagers). En ce moment ils ne sont que quatre agents au pré-accueil au lieu des six habituels. Ici, les agents travaillent toute la journée au même poste, contrairement aux centres du Parc ou des Aubépines. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10).

Par ailleurs, les temps comptabilisés par les logiciels, insistant sur le nombre de personnes présentes et leur durée d'attente, incitent aussi les agents à la rapidité, surtout s'ils ne veulent pas rester plus tard le soir.

A l'accueil, Stéphanie s'exclame : *« Douze personnes en attente ! On était à deux-trois, tout à l'heure ! Va falloir faire quelque chose, en mettre un coup pour finir pas trop tard ! »*. (Journal de terrain, Centre du Parc, 11.03.10).

En effet, contrairement au gestionnaire de dossiers, le gestionnaire de clientèle ne peut partir ou faire de pause quand il le souhaite. Il faut recevoir les assurés et les agents ne doivent pas se laisser « dépasser » par la queue. Ainsi, alors même qu'elles sont en train de former des stagiaires au pré-accueil, les laissant mener les entretiens, Laurence et Marine décident de le faire elles-mêmes pendant un quart d'heure pour *« liquider le stock de personnes en attente »*

et éviter des délais trop longs, sources de tensions. Le respect des objectifs prime ainsi sur la formation, mais réagir ainsi permet aussi aux nouvelles recrues d'intégrer l'importance du respect des durées d'entretien.

L'heure du déjeuner est un moment particulièrement périlleux, pendant lequel la file peut doubler. L'accueil fonctionnant à 50% pendant deux heures, les agents tentent d'être particulièrement efficaces. Seul le pré-accueil est ouvert, pour assurer au maximum ses délais d'attente. Fermer le deuxième niveau est tout de même problématique puisque, étant en sous-effectif, les agents ne peuvent vérifier rapidement les dossiers au pré-accueil pour compenser. Ils demandent alors souvent aux personnes de revenir à 14h. Ces dernières devront à nouveau prendre un ticket pour que le délai d'attente n'en pâtisse pas.

7.3.3 DES STRATÉGIES POUR TENIR LES DÉLAIS

Recevoir un usager en moins de trois minutes est, toutefois, quasiment impossible, surtout lorsque les demandeurs sont des personnes âgées ou étrangères ayant du mal à s'exprimer : « *En trois minutes t'as à peine le temps de comprendre ce qu'ils veulent !* » nous explique Marion¹⁴⁵. Comme le rappellent à de nombreuses reprises les agents, la moitié du temps est passée quand le demandeur a atteint le guichet et sorti sa carte vitale. Pour peu qu'il marche lentement et ait du mal à trouver sa carte, les trois minutes se sont écoulées sans même que l'usager ait énoncé sa demande. Les agents ont beau le rappeler à leurs responsables, ces dernières, dépendant des mêmes règles, ne peuvent pas faire grand-chose, même si elles sont parfois d'accord.

Le respect des délais de réception étant, de plus, souvent incompatible avec le traitement des demandes des usagers, les agents usent de stratégies pour arriver à tenir ces deux objectifs à la fois. Ne pouvant renvoyer tout bonnement la personne au bout de trois minutes, certains agents tentent de cadrer la demande de l'usager pour la faire tenir dans ce laps de temps.

Déçue d'avoir à plusieurs reprises dépassé les trois minutes, Emilie me dit qu'elle devrait demander dès le départ aux assurés pour quelle raison ils viennent, afin de « bloquer » l'entretien et l'empêcher de partir dans tous les sens et de durer plus longtemps. Pour éviter qu'ils fassent une dernière demande alors qu'elle a tout imprimé, fermé le dossier informatiquement et rendu la carte Vitale, elle précise, dès qu'ils ont fini d'exposer leur situation : « *Vous ne venez que pour cela ?* ». Sinon elle est obligée de tout recommencer : redemander la carte Vitale, taper à

145 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 08.04.10.

nouveau leur numéro, attendre d'avoir accès à leur dossier, se rendre à plusieurs reprises à l'imprimante et dépasse ainsi forcément les trois minutes. Elle essaie également de recadrer l'entretien en reformulant rapidement les demandes des usagers en termes administratifs. Alors qu'une dame se présente au guichet et commence à exposer sa situation : « *Dans le temps j'habitais à...* », Emilie l'interrompt très poliment : « *Je vais vous couper, donnez-moi votre carte Vitale* ». Elle tape son numéro et reprend : « *Si je comprends bien vous venez pour un changement d'adresse* » et arrive ainsi à clôturer l'entretien dans les temps. (Journal de terrain, Centre du Parc, 11.03.10).

Les agents utilisent ces techniques de reformulation apprises lors de leur formation¹⁴⁶ pour tenter d'agir sur le comportement des usagers, parfois décrits comme pas suffisamment responsables, « assistés », ce qui, en creux, ne permet pas d'atteindre les objectifs. Certains agents essaient ainsi de leur faire prendre conscience de leurs contraintes de travail, voire de les former à être des usagers idéaux et autonomes, c'est-à-dire qui présentent clairement leurs requêtes et leur dossier, autrement dit : de les responsabiliser. Ils leur demandent de ranger leur dossier de CMU ou d'AME dans un ordre établi, bougonnant s'il est classé différemment quand l'utilisateur revient car ils perdent alors du temps à retrouver les pièces. D'autres font des réflexions quand ils arrivent au pré-accueil sans présenter directement leur carte Vitale ou les documents nécessaires. L'accès au dossier étant impossible sans ce numéro, une précieuse minute est alors gaspillée. Partant du principe que l'utilisateur s'exprime mal ou ne connaît pas les bons termes administratifs, et voulant aller trop vite, l'agent se trompe parfois en croyant comprendre la demande et doit alors tout recommencer.

D'autres agents utilisent le deuxième niveau comme moyen de délestage. Lorsqu'ils s'aperçoivent qu'ils ne pourront pas traiter la demande en trois minutes, ils envoient parfois l'assuré en deuxième niveau, bien que son dossier ne soit pas complexe et ne nécessite pas une telle action, essayant toujours de leur faire comprendre les difficultés dans lesquelles ils se trouvent, de les responsabiliser :

Au pré-accueil, une dame pose plusieurs questions à la suite à Marine. A chaque fois qu'elle lui répond, elle lui en pose une nouvelle. Marine s'agace : « *Si vous avez plusieurs questions, je vais vous envoyer en deuxième niveau car là je n'ai que trois minutes pour vous répondre et là ça fait déjà quinze minutes que je suis avec vous !* » exagérant quelque peu la situation. La dame n'a pas un dossier difficile à traiter. Marine estime simplement qu'elle pose trop de questions. Elle la

146 Sur ce point, voir la thèse de Pascal Martin (2012).

passé ainsi en deuxième niveau même si son cas se traite au premier accueil. D'ailleurs elle ne sait pas quoi répondre à sa collègue de deuxième niveau lorsqu'elle lui demande : « *C'est un dossier pourquoi ?* ». Marine : « *Bah tu verras...* ». (Journal de terrain, 08.04.10).

Une autre pratique très répandue consiste à clore l'entretien avant qu'il soit fini tout en continuant de traiter le dossier. L'agent respecte ainsi les temps de réception et peut répondre à la demande de l'utilisateur. Cette stratégie est cependant difficile à appliquer lorsque les cadres sont présentes dans le centre, comme l'explique Stéphanie : « *Si tu clôtures ton entretien plus tôt, elles le savent et viennent te voir. Elles savent tout !* »¹⁴⁷. D'autant plus qu'elle ne permet pas de respecter les délais d'attente. Les responsables n'ont toutefois pas toujours intérêt à espionner et réprimander ce genre de pratiques puisqu'il leur permet d'atteindre une partie de leurs objectifs. Cette stratégie peut également se retourner contre les agents, leur hiérarchie pouvant leur demander d'accueillir les personnes encore plus rapidement si elle s'aperçoit qu'ils arrivent aisément à maintenir la moyenne des trois minutes. C'est pourquoi les agents ne clôturent pas l'entretien dès le début, mais bien à partir des trois minutes.

Alors qu'elle forme une stagiaire, Laurence lui demande de bien arrêter l'entretien à trois minutes même s'il n'est pas fini : « *C'est normal qu'au début tu mettes plus de temps que prévu, mais si tu ne clôtures pas les entretiens avant, ça va jouer sur mes statistiques et je ne veux pas être pénalisée à cause de ça* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 12.04.10).

Les caisses ont également institué la pratique du « pilotage » pour gérer les délais d'attente : les agents qui remplissent la mission de « pilote » passent de l'autre côté du guichet et vont directement voir les usagers dans la salle d'attente en essayant de répondre rapidement à leur demande. Ces « entretiens » ne sont pas chronométrés et permettent d'affecter un agent supplémentaire en pré-accueil, faisant alors diminuer l'attente sans accroître les délais de réception. Ils sont cependant comptabilisés puisque les personnes ont pris un ticket, mais le temps passé à leur répondre n'est pas pris en compte. Le pilotage permet ainsi de faire diminuer la moyenne des temps de réception : lorsque l'agent du pré-accueil appellera cette personne, elle sera déjà partie, l'entretien ne durera ainsi que quelques secondes, le temps que l'agent appelle une autre personne, ce qui lui permettra de faire baisser son temps moyen de réception. Le pilotage est effectué ponctuellement, pour quelques dizaines de minutes, lorsque les agents estiment qu'il y a trop d'attente dans la salle et qu'ils sont suffisamment nombreux pour assurer à la fois la réception en pré-accueil, en deuxième niveau et le pilotage.

147 Journal de terrain, Centre du Parc, 11.03.10.

7.3.4 ENTRE L'AIDE AUX ASSURÉS ET LA PRESSION DE LA FILE D'ATTENTE : DEUX FIGURES D'AGENTS QUI SE CONFRONTENT AU GUICHET

La question des temps de réception est évoquée par l'ensemble des agents. Certains la critiquent ouvertement et n'en tiennent pas compte, d'autres s'y plient sans forcément y adhérer. Dans tous les cas, elle formate leur travail. Dans ce climat général on peut distinguer deux idéaux-types d'agents : ceux qui cherchent à appliquer du mieux qu'ils peuvent ces injonctions à la productivité, que nous nommerons « les pragmatiques », et ceux qui revendiquent une vision plus sociale de leur métier, ne cherchant pas à respecter les délais, que nous appellerons « les sociaux ».

Cette typologie fonctionne surtout pour les gestionnaires de clients, ceux de dossiers ayant moins la possibilité d'exercer une mission sociale. Au service AME, la productivité s'exprime aussi moins en termes de rapport au travail qu'en termes de compétence : un agent qui traite beaucoup de dossiers et fait peu d'erreurs est considéré comme un « bon agent » par les responsables du département de l'accès aux soins. La lenteur des autres ou leurs erreurs sont quand à elle renvoyées à l'âge des agents (trop vieux pour changer leurs habitudes), une défaillance intellectuelle (pas assez malins pour être rapides ou intégrer les règles) ou un manque de formation (il est normal que les nouveaux embauchés aillent moins vite et se trompent). Ces modes d'explication sont également utilisés par les agents eux-mêmes.

7.3.4.1 LES SOCIAUX

Parmi les personnes qui ne tiennent pas trop compte des indicateurs de productivité, on retrouve plus généralement des agents en fin de carrière, proches de la retraite, qui ne cherchent plus à obtenir de promotions ou d'augmentations. Elles ont moins à perdre que les autres si elles n'atteignent pas leurs objectifs. Elles ont également souvent de l'ancienneté dans la caisse et ont connu une autre organisation de l'accueil, celle des hôtesse, qu'elles regrettent.

Gladys raconte ainsi son parcours : « *Moi, je suis rentrée à la Sécurité sociale, c'était le côté social qui m'intéressait. J'ai commencé à travailler en centre de paie. J'ai fait du back office et du front office. Cette activité a été arrêtée. Il restait encore quelques postes d'hôtesse alors j'ai continué à faire des remplacements à l'accueil car j'ai toujours aimé l'accueil, être en contact avec les gens. J'ai fait un peu de tout. Résultat, j'ai été habituée à traiter la totalité du dossier. C'est pour cela que j'ai gardé cette habitude de regarder partout, de vérifier tout, s'il y a bien une ouverture de droits, etc. Ok, je suis souvent dans le rouge, je ne fais pas mes*

chiffres mais au moins quand la personne ressort de mon bureau, elle est contente, elle ne reviendra pas avant un bon moment. Alors que si elle est reçue en trois minutes, elle peut revenir au moins trois fois dans le mois. Je me fiche de ne pas être dans les temps. On me fait des réflexions mais je m'en fiche. J'ai 55 ans et j'espère prendre ma retraite à 60 ans, je n'attends plus de promotions. Je comprends les filles qui sont jeunes et font leur temps pour avoir des promotions, mais moi ça ne me concerne plus ».

D'après elle, l'utilisation du logiciel Sirius a vraiment modifié les pratiques : *« Avant on faisait son chiffre de manière plus approximative. La hiérarchie veut de la productivité mais se fiche de la qualité. La Caisse ferme des centres d'accueil et diminue les embauches pour faire des économies aux dépens de la qualité ».* Quand elle est « à l'arrière », Gladys préfère *« aller au bout du dossier même si après je n'ai pas traité beaucoup de dossiers dans la journée, parce que les gens, ce dont ils se plaignent le plus à la Sécu, c'est les retours : une fois, deux fois, pour demander toujours quelque chose d'autre ».*

Parmi les agents qui se revendiquent plus « sociaux », on retrouve également des personnes plus jeunes qui ne cherchent pas à obtenir de promotion à l'intérieur de la Caisse mais plutôt à la quitter. C'est le cas de Claire, 30 ans, entrée à la Caisse en 2000 en tant qu'emploi jeune pour traiter les dossiers de CMU. Tout comme Gladys, elle regrette l'ancienne organisation du travail (même si elle compare la situation actuelle à une époque plus récente) qui, selon elle, tenait plus compte des usagers.

Claire revendique le fait d'être entrée à l'Assurance maladie pour son côté social. Avec un BTS d'assistante de direction, on lui avait proposé des postes bien mieux payés mais ça ne l'intéressait pas. *« Moi, c'était le côté social qui m'intéressait. J'aurais bien aimé faire assistante sociale mais les trois ans d'études et surtout le concours m'ont rebutée. J'aurais bien aimé faire conseillère en éducation sociale et familiale aussi mais il fallait un bon niveau en physique, ce qui n'était pas mon cas ».* Par rapport à sa vision du travail à la Caisse, elle explique : *« Je ne vois pas l'intérêt de faire ce travail si je n'aide pas les gens. Sinon ce serait quoi ? Seulement donner des renseignements ?! Ça ne m'intéresse pas ! Moi ce que j'aime à l'accueil, c'est aider les gens. Il ne faut pas tout faire. Il ne faut pas remplir les dossiers à leur place mais les aider. On est à Luniol ici pas à Noilly¹⁴⁸ ! ».*

Claire explique son côté social également par sa formation au sein d'une équipe « très sociale » : *« Quand j'ai commencé au centre de Plon, j'avais une collègue, je l'appelais "Quand y en a plus, y en a encore !" parce qu'elle allait toujours fouiller sur l'intranet pour*

148 Noilly est un autre centre d'accueil de la Caisse situé dans une ville à la population bien plus aisée que Luniol (qui compte une majorité de grands ensembles et une des populations les plus pauvres du département).

trouver des textes supplémentaires pour obtenir des droits supplémentaires pour les gens et pas forcément en rapport direct avec l'assurance maladie. C'était un petit centre, on recevait 85 personnes par jour. Cela nous permettait de faire du social. Par exemple, on appelait le 115 pour trouver des hébergements pour les assurés. Le système d'évaluation venait de commencer mais on arrivait encore à faire du social en plaçant les personnes en rendez-vous ».

Autant Gladys que Claire défendent ainsi une vision plus « sociale » de l'Assurance maladie – qu'elles auraient acquies dans le passé lorsque la Caisse proposait elle-même des actions plus sociales en faveur des assurés – en opposition aux agents qui cherchent avant tout à remplir leurs objectifs. Cette conception de leur travail et ce moindre respect des temps de réception peut entraîner des dissensions avec les « pragmatiques ».

7.3.4.2 LES PRAGMATIQUES

Les pragmatiques accordent une plus grande attention aux statistiques, cherchant à les appliquer au mieux. La plupart les critiquent, estimant qu'il est impossible de recevoir une personne en si peu de temps, mais s'y soumettent. Souvent plus jeunes et n'ayant pas connu l'ancienne organisation, ils sont plus réceptifs à ce nouveau mode d'évaluation (Martin, 2011), d'autant plus qu'ils y ont été sensibilisés lors de leur formation, contrairement aux agents en poste depuis plus longtemps.

Ces règles leur paraissent ainsi plus évidentes et naturelles, d'autant plus que certains d'entre eux viennent du secteur privé et sont habitués à être ainsi évalués. C'est le cas de Diane et Marion. Contrairement aux agents qui travaillent à la caisse depuis plus longtemps, elles n'ont pas vu le métier évoluer et n'ont pas de point de comparaison.

Les agents en début de carrière sont surreprésentés dans cette catégorie puisque le respect des objectifs leur permet de monter à l'échelon supérieur (comme Diane et Medhi, techniciens d'assurance maladie (TAM) de niveau 3, qui attendent de passer niveau 4, soit le grade de « conseillers d'assurance maladie » (CAM)) ou d'avoir un meilleur dossier pour obtenir une mutation. Ainsi, Emilie, 35 ans, entrée à la caisse en 2006, souhaite quitter l'accueil et passe au moment de l'enquête des tests pour pouvoir travailler dans un service « à l'arrière » loin des usagers. Elle est très concernée par ses « chiffres ».

Parmi les pragmatiques, on retrouve également des agents qui ont plus d'ancienneté mais veulent se présenter à un concours, comme Monique, 50 ans, qui souhaite devenir cadre de l'accueil et envisage de passer le concours l'année prochaine. Le respect des objectifs est

d'autant plus important pour elle qu'elle se destine à les faire appliquer. Ainsi, plus l'agent veut évoluer au sein de la caisse, plus il est contraint de respecter ces directives.

Les « chiffres » régissent ainsi une grande partie du travail des pragmatiques. Une bonne journée est une journée où les délais d'attente et de réception sont bas et le nombre de dossiers traité élevé, d'autant plus que le fait d'entrer ses « chiffres » dans OSCARR en fin de journée amplifie l'importance de ce bilan comptable dans le sentiment d'avoir bien ou mal travaillé. Ainsi, lorsque je suis avec elle au guichet, à la fin d'un entretien, Colette me fait noter, ravie, que son entretien n'a duré qu'une minute trente. A l'inverse, une autre fois, alors que l'usager peine à expliquer sa situation, elle me glisse : « *Cela fait déjà cinq minutes, ce n'est pas possible !* ». D'autres, comme Laurence, vont plus estimer leur productivité en fonction des délais d'attente, se disant qu'il faut « *déblayer tout cela* » quand le nombre de personnes présentes devient trop important.

Bien que pragmatiques, tous les agents n'appliquent pas forcément les règles de manière stricte et trouvent des subterfuges pour répondre aux demandes des usagers tout en tenant leur temps, par exemple en vérifiant rapidement un dossier de CMU ou d'AME au pré-accueil, au lieu d'orienter la personne vers la boîte aux lettres ou la faire attendre plus d'une heure pour accéder au deuxième niveau. Le temps de réception des trois minutes étant un délai moyen, Medhi, quant à lui, se fiche de le dépasser de temps en temps, estimant qu'il arrivera à le rattraper ensuite. De son côté Marion, lorsqu'elle le peut, effectue elle-même les mises à jour des dossiers reçus en deuxième niveau et prend le numéro des usagers pour les tenir au courant de l'évolution de leur dossier. Ces petites dérogations à la règle permettent aux agents d'obtenir une certaine reconnaissance des demandeurs pour qui ils effectuent ainsi un traitement privilégié et également de sortir de ce rôle d'automate que leur impose cette nouvelle organisation du travail et ce mode d'évaluation car ils effectuent alors un travail d'expertise un peu plus complet.

7.3.5 AUTOCONTRÔLE ENTRE COLLÈGUES

Le respect des objectifs ne se réduit néanmoins pas à une question individuelle, mais se traduit également par une pression du groupe qui s'explique par l'organisation pyramidale de la notation et du système de distribution des « pas de compétence ». Il ne suffit en effet pas de remplir parfaitement ses objectifs pour obtenir une promotion, mais il faut que l'ensemble des agents du centre les atteigne. Cette forme d'évaluation entraîne un contrôle ainsi que des remontrances et des rappels à la productivité entre les agents, que ce soit à l'accueil ou au service AME.

7.3.5.1 AU SERVICE AME

L'organisation en pôles « autonomes » au service AME crée ainsi des tensions. En cas d'absence, c'est à un agent du pôle de prendre en charge les dossiers en attente de son collègue (notamment l'impression de ses attestations). Cela rajoute à sa charge de travail. Si la personne a en plus manqué une réunion où ont été diffusées de nouvelles instructions, ces dernières n'étant pas publiées immédiatement, elle doit s'en informer auprès des autres agents, qui, assurant alors le travail des cadres en plus du leur, estiment que cela pèse sur leur rendement.

Marie-France, ayant raté la réunion de service mardi, pose, tout au long de la journée, de nombreuses questions à Souad. A la fin, Souad s'énerve : « *Il faut absolument que tu sois au point pour lundi car Magdalena et Clara reviennent et je ne pourrai pas toutes vous former en même temps. Si vous posez des questions toutes les 5 minutes, je ne m'en sors pas. Là, déjà, c'est limite trop, alors si vous êtes toutes les trois sur moi c'est impossible* ». Marie-France, un peu piquée au vif, répond : « *Mais là ça va, je ne te pose pas beaucoup de questions* ». Souad, ne voulant pas la vexer, prend des pincettes : « *Je t'avoue que si, un peu... Il ne faut pas que tu me poses des questions sur tout, il faut que tu te débrouilles. Tu peux me demander pour les cas difficiles mais pas pour tout, sinon je ne progresse pas dans mes dossiers. Je suis dérangée toutes les deux minutes et comme je ne peux pas me concentrer, je n'avance pas et après je vais me faire engueuler par les chefs. Je ne peux pas noter dans OSCARR que je réponds à tes questions, que je fais de la formation* ». (Journal de terrain, 31.07.09).

Ainsi, aider son collègue, même quand la situation le justifie, c'est encourir les reproches des responsables qui, lorsqu'elles étudient les statistiques mensuelles des agents et leur évolution, ne cherchent pas forcément à connaître la raison des baisses de rendement. Elles ne retiendront que le temps soustrait à l'étude des dossiers, les moments de formation ne pouvant être référencés sur OSCARR. La productivité retenue dans ces logiciels ne porte que sur la quantification (nombre de dossiers traités) et non sur la qualification (action effectuée, type de dossier traité) et n'est ainsi qu'une mesure strictement économétrique qui limite les pratiques des agents.

Alors qu'il consacre sa journée à me former au traitement des demandes d'AME, Charles décide de laisser un dossier problématique de côté pour pouvoir « avancer » : « *Je verrai ça plus tard dans la semaine avec Nora, sinon je vais avoir un chiffre de dossiers trop faible. Même si Nadine sait qu'aujourd'hui je*

suis en formation, à la fin du mois, mon chiffre ne doit pas avoir trop baissé ».

(Journal de terrain, 07.05.08).

L'injonction à la productivité et l'organisation par pôles ayant leurs statistiques propres engendre une concurrence entre agents propice, d'après les responsables qui y voient une forme « d'émulation », à une plus grande efficacité. Mais le manque de productivité des uns peut également créer des conflits, les plus performants se sentant lésés, soit parce que, malgré tous leurs efforts, le service n'arrive pas à atteindre de bons indicateurs et que les possibilités de promotion s'envolent, soit parce que leur efficacité ne peut être reconnue par leurs responsables puisque, après avoir travaillé dur, ils doivent combler le retard des autres au lieu d'être félicités pour l'avance prise.

Au service AME, alors que les agents du pôle un, satisfaits d'être autant « dans les temps », traitent les demandes de la semaine précédente, la cadre AME s'aperçoit que les autres pôles ont bien plus de retard et leur demande alors de les aider à le rattraper en traitant leurs dossiers. Du coup, l'excellente productivité des agents du pôle un baisse puisque leurs dossiers ne sont pas instruits pendant ce temps. Cela n'est pas gênant pour les responsables : les statistiques devant être calculées le soir même, la cadre espère que l'ensemble du service sera ainsi à deux semaines de délai de traitement. Elles sont évaluées selon la production du service (donc de la moyenne de l'ensemble des agents) et non des performances individuelles. Par contre, cela agace fortement les agents du pôle un dont les statistiques baissent alors. Surtout lorsque Patricia s'aperçoit qu'elle a en attente des mises à jour antérieures à la date des dossiers des autres pôles qu'elle traite. Elle est alors furieuse que ses chiffres soient moins bons parce qu'on lui a demandé de traiter les dossiers des autres : « *Au final, on va être plus en retard que les autres, alors qu'on nous empêche d'avancer !* ». (Journal de terrain, 18.06.09).

7.3.5.2 AU GUICHET

A l'accueil aussi, des tensions apparaissent entre ceux qui cherchent à respecter les objectifs et ceux qui, défendant les valeurs du service public, prennent le temps de satisfaire les requêtes des assurés. Les premiers reprochent aux seconds de faire baisser la productivité du centre, les empêchant d'obtenir des promotions et les obligeant à effectuer une part de leur travail pour assurer un accueil correct aux usagers et des délais d'attente supportables pour

tous. Medhi critique ainsi Gladys, la qualifiant « d’escargot ». Pour lui, l’accueil traîne lorsqu’elle est là, et il est obligé de faire son travail à elle pour que les assurés n’attendent pas trop longtemps. Ces deux catégories d’agents se renvoient ainsi l’argument de la qualité de l’accueil qui est vue comme « prendre le temps de bien traiter le dossier et éviter les allers-retours intempestifs » dans un cas, et « assurer un délai d’attente minimum tout en répondant à la demande de la personne » dans l’autre.

Au centre du Parc, certains agents s’opposent au fait que Marie-Thérèse fasse du pré-accueil. « *Elle passe des heures avec les assurés et ça n’avance pas. Après tu te retrouves avec plein de personnes en attente avant la fermeture. Pour moi, normalement, le pré-accueil ça dépose, ça doit permettre d’épurer le nombre de demandes* » explique Stéphanie¹⁴⁹. Placer Marie-Thérèse en deuxième niveau n’est cependant pas mieux selon ses collègues puisque les usagers vont devoir patienter longtemps et qu’il risque d’en rester beaucoup à la fin de journée.

Les agents « lents » ou « qui prennent le temps » sont ainsi perçus comme empirant et rendant plus stressantes les conditions de travail – déjà mauvaises – des pragmatiques, car ces derniers doivent alors gérer des usagers encore plus énervés à cause de l’attente et sont obligés de partir plus tard, les personnes envoyées en deuxième niveau étant reçues malgré la fermeture du centre. Or beaucoup d’entre eux ont fait le choix de travailler à l’Assurance maladie pour pouvoir finir de bonne heure et avoir une vie de famille à côté. Prolonger la journée du fait de la lenteur des autres n’est alors absolument pas envisageable.

7.3.6 RÉSISTANCE ET FREINAGE

Bien que se soumettant aux règles de productivité, les agents, même les pragmatiques, n’y adhèrent pas forcément, surtout quand la recherche d’efficacité pousse les responsables à leur demander de se comporter d’une manière qu’ils jugent grotesque. Ils mettent alors en place des formes de résistance plus ou moins fortes.

Certains agents décident ainsi de ralentir la cadence estimant que leur travail n’est pas reconnu et que cela peut pousser les responsables à leur en demander toujours plus. Ainsi, Charles qui traitait autrefois énormément de dossiers et était désigné par Nadine comme un « bon agent », a décidé de ralentir après s’être fait réprimander.

Charles me raconte qu’il a eu des soucis avec Nadine. Alors qu’il avait traité cinquante-deux dossiers en une journée, il n’en a fait « que » trente le lendemain.

149 Journal de terrain, Centre du Parc, 10.03.10.

« *Ce qui est déjà drôlement bien en soi* » commente-t-il. Nadine l'a alors convoqué et lui a demandé : « *Pourquoi en avez-vous fait moins ?* ». Ecœuré, il a décidé qu'il n'en ferait plus jamais autant. (Journal de terrain, 15.06.09).

Diminuer la cadence leur permet de protester silencieusement contre leurs conditions de travail mais également de « sauver » leur poste. Les agents s'interrogent en effet sur les effets, à long terme, de ces mesures de productivité sur leurs postes. Ils craignent de voir leur service disparaître ou leur poste supprimé s'ils sont trop efficaces.

Alors que le service n'est plus qu'à deux semaines de délai, Charles et Patricia décident de diminuer la cadence journalière « *sinon on n'aura plus de travail* ». Patricia explique qu'auparavant ils traitaient un grand nombre de demandes par jour : « *On carburait* », mais que, là, il ne leur reste presque plus de dossiers en attente. S'ils avançaient trop, ils ont peur de n'avoir plus rien à faire et de s'ennuyer. Charles tourne autour de quinze dossiers par jour, contre vingt-trois auparavant. Patricia, quant à elle, est passée de quarante à vingt : « *Pour moi, c'est une contrainte de me limiter mais sinon il n'y a plus de boulot et c'est pire* ». Charles organise ainsi ses journées en fonction de ce nouvel objectif : garder du travail pour les autres jours. Il travaille surtout le matin et en début d'après-midi mais ensuite il « *glande* » plus : il lit le journal, fait des mots-croisés. Son bureau n'est pas directement visible des responsables lorsqu'elles entrent dans l'open office, ce qui lui permet d'avoir son autonomie. Ils ne comprennent pas la politique de la caisse : trois personnes ont proposé d'aller au service CMU pour aider puisque ce dernier est très en retard et en sous-effectif, mais les responsables n'en ont envoyé qu'une seule. En plus, la direction n'arrête pas de leur proposer de faire des heures supplémentaires le samedi, alors qu'ils n'ont déjà pas assez de travail. Ils trouvent cela bizarre et se demandent ce que la direction trame. Ils s'imaginent qu'elle cherche à ce que le service soit à jour pour pouvoir le « liquider » : « *Comme ça, le service n'aura pas de stock, ce qui permettra de laisser de la marge aux centres, le temps qu'ils reprennent les dossiers* » pense Charles. (Journal de terrain, 15.06.09).

Ces freinages leur permettent de marquer leur opposition (même muette) aux règles, mais aussi parfois de travailler dans de meilleures conditions. Ainsi, d'après Laurence, le pilotage n'a été mis en place au centre des Tourelles que depuis la « mini-grève » (bruyante cette fois-ci) des agents :

« Un jour le centre était plein à craquer, on en a eu tellement marre qu'on a posé nos stylos, on a quitté l'accueil et on est montées voir la directrice en disant qu'on ne pouvait plus continuer comme ça. Comme on refusait de travailler, les cadres ont été obligées de nous remplacer pour assurer l'accueil. Elles faisaient la gueule. On a eu des remontrances de la responsable du centre. Elle nous a sorti : "Vous ne vous rendez pas compte, c'est un abandon de poste !", mais au final, on a eu ce qu'on voulait ! Maintenant on peut faire du pilotage. Un pilote c'est super, ça aide beaucoup, ça désengorge » (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 12.04.10).

A l'accueil, d'autres mesures de freinage sont mises en place en accord avec les cadres, comme fermer l'accueil en avance lorsqu'il y a déjà trop de monde en attente. Ainsi, à plusieurs reprises, la responsable du centre des Tourelles fait un point vers 16h sur le nombre d'usagers qu'il reste à recevoir et décide de fermer plus ou moins tôt en fonction du résultat. Le centre fermera – c'est-à-dire qu'on ne laisse plus entrer aucun usager – à plusieurs reprises à 16h30 voire 16h au lieu de 17h, permettant ainsi aux agents de ne pas finir trop tard.

A 15h50, il y a soixante-dix-sept clients et 1h25 d'attente. Marion demande à ce qu'on ferme le centre à 16h : « *J'ai une vie après. Je veux partir à 17h, pas à 18* ». Après consultation de la responsable adjointe, le centre ferme bien à 16h. Il y a alors quatre-vingts personnes en attente. Les agents partent à 17h, ils ont reçu 378 personnes aujourd'hui. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10).

Dans la même intention, certains agents décident d'éviter d'envoyer les assurés en deuxième niveau après 16h30. Les directions des centres et les agents à qui s'impose cette productivité tentent ainsi de l'aménager.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons ainsi vu que les CPAM, bien qu'exerçant un service public, avaient recours à des logiques du privé pour organiser le travail de leurs salariés. Ce recours leur est imposé par le haut par l'Etat qui raffermirait ainsi son pouvoir sur l'Assurance maladie : en limitant ses dépenses et en lui fixant des objectifs à atteindre, il impulse (et contrôle) des manières de penser et de faire. Les CPAM sont ainsi entrées dans une logique de productivité justifiée par deux raisons : la bonne réception des usagers (qualité et diminution des temps d'attente et de traitement des dossiers) et la sauvegarde du système de santé (qui ne se fait pas

que par la lutte contre la fraude mais aussi par la maîtrise des dépenses de santé et notamment de fonctionnement des caisses).

Nous avons vu que la recherche de productivité et le management par objectifs étaient très présents au sein des caisses et qu'ils formataient le travail des salariés, mais aussi leur manière de penser leurs missions. Ainsi, deux types d'agents s'opposent : ceux qui défendent une position plus sociale de leur métier, et ceux qui se réalisent plus dans l'atteinte des objectifs et développent ainsi des savoir-faire que nous pourrions qualifier de « gestionnaires ». La compétence professionnelle se définit alors par le fait de savoir traiter rapidement un dossier ou de savoir orienter une personne dans les temps impartis en cadrant sa demande pour l'obliger à s'y tenir.

Cette recherche de productivité, qui devient la norme, modifie également la relation à l'utilisateur. Elle dessine en effet de nouveaux modes de catégorisation des usagers qui viennent s'articuler à ceux déjà existants. Dans une lecture gestionnaire du travail et de la relation de guichet, la capacité productiviste des usagers entre en compte. Les mauvais assurés sont ainsi soit les lents, qui empêchent de respecter les durées d'entretien car ils mettent trop de temps à arriver au guichet ou à sortir leur carte vitale, soit ceux qui ne comprennent rien, les « petits vieux », les idiots ou les étrangers qui parlent mal français. Ces personnes compliquent le travail des agents. Les bons sont à l'inverse ceux qui leur permettent de remplir leurs objectifs : soit parce qu'ils apportent des dossiers complets particulièrement bien classés et que les agents n'ont pas à fouiller, ce qui leur fait gagner du temps, soit parce qu'ils posent des questions simples, bien exprimées, courtes et comprennent vite ce qu'on leur dit et demande.

CHAPITRE 8 : LES GUICHETIERS DE L'ASSURANCE MALADIE ENTRE PERTE DE SENS ET MANQUE DE RECONNAISSANCE.

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux effets des mutations du travail sur la relation de guichet. En utilisant les outils de la théorie du travail et notamment les notions de compétences et de sens du travail, nous verrons comment la recherche de productivité et de restriction budgétaire modifie le sens que les agents donnent à leur travail et la manière dont ils définissent leurs missions. Ces changements touchent particulièrement les demandeurs de la CMU-C qui cristallisent les tensions au guichet, accusés d'être à l'origine de ces évolutions. Dans ce contexte, le statut à part des bénéficiaires de l'AME semble finalement leur permettre de sortir du lot.

8.1 DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES REDUITES

Le travail au guichet, bien que reconnu comme difficile, est une fonction valorisée à la CPAM des Champs. Ces postes requièrent en effet une grande connaissance de la réglementation ainsi qu'une aptitude à changer d'activité. Ces postes sont de niveau 4, contrairement à ceux du service de l'AME qui sont de niveau 3 et donc moins bien rémunérés. La polyvalence des agents d'accueil est reconnue comme un savoir-faire. Cela leur vaut une certaine admiration de la part des agents des autres services (comme celui de l'AME) et les positionne favorablement lors des demandes de mutations. De plus, ils représentent la loi aux yeux des usagers, car ils se réfèrent à un ensemble de textes que le public ne connaît que rarement et qu'il n'a pas à sa disposition. Ce savoir les place dans une position d'autorité et de dominants vis-à-vis du public qui peut rencontrer des difficultés à contester leurs décisions.

Le métier de guichetier est ainsi défini par deux éléments : un savoir-faire réglementaire et une position d'autorité. Le premier est assuré par la polyvalence de l'agent et sa formation continue. Le second est rendu possible par la démonstration du savoir-faire réglementaire, par l'existence d'un pouvoir de décision et d'une marge de manœuvre dont dispose chaque agent et qui peut être rappelée, en cas de besoin, à l'usager.

A partir des années 2000, le travail de guichet évolue et les dénominations des métiers changent : les anciennes « hôtesse » deviennent des « techniciennes d'assurance maladie » (TAM) ou des « conseillères en assurance maladie » (CAM). Paradoxalement, alors que les dénominations des emplois évoluent vers des termes qui semblent valoriser les compétences

techniques, les guichetiers ont le sentiment de perdre en expertise. Ils estiment que leur pouvoir de décision et d'autorité ainsi que leur polyvalence sont en forte baisse, alors qu'ils n'acquièrent aucune expertise technique en contrepartie. Deux processus contribuent à modifier les activités au guichet : la spécialisation des tâches en vue d'une augmentation de la productivité et la modification du profil socio-économique des usagers.

8.1.1 LA SPÉCIALISATION DES TÂCHES

Comme on l'a vu, à partir des années 2000, les CPAM ont recours à la spécialisation des tâches dans le but d'améliorer la productivité de leurs agents. Ce processus contribue toutefois à modifier le métier même de guichetier de l'Assurance maladie, en leur faisant perdre leur savoir-faire réglementaire et leur pouvoir de décision, ce qui engendre un sentiment d'inutilité chez ces agents.

8.1.1.1 UNE BAISSÉ DE LA POLYVALENCE

Avant les années 2000, chaque assuré avait son hôtesse attitrée. Chaque hôtesse disposait ainsi de son propre portefeuille d'usagers. Elle recevait la personne dans un box et répondait immédiatement à ses questions, allant même jusqu'à instruire la demande d'AME ou de CMU-C sur place. L'utilisateur repartait avec son attestation ou son refus. L'hôtesse pouvait contacter les services de back office pour savoir où en était le traitement des indemnités ou d'autres demandes. Elle effectuait ainsi à la fois un travail de « front office » et de « back office ». La polyvalence était au cœur de son métier. Le fait de suivre une demande de bout en bout leur donnait l'impression de jouer un rôle dans l'issue de ce dossier.

Dorénavant, l'accueil des usagers n'est plus personnalisé : ils n'ont plus de conseillers attitrés et, pour faire étudier leur dossier, doivent passer par plusieurs guichets (pré-accueil, deuxième niveau, rendez-vous) et plusieurs agents. Ces derniers changent à chaque fois : si l'assuré revient, il ne tombera pas forcément sur le même professionnel au même poste. Et ce dernier ne sera pas forcément au courant du dossier.

Le travail des gestionnaires de clientèle est ainsi désormais partagé en deux temps distincts : une phase d'accueil des usagers (le « front office » ou « travail au guichet ») et une phase d'instruction des dossiers (le « back office » ou « travail à l'arrière »). Le travail de « front office » consiste en la réception des usagers au guichet. Il est désormais divisé en quatre activités bien séparées : le « pré-accueil », le « deuxième niveau », les « rendez-vous » et les

« entretiens AME ». L'activité de back office comprend le tri du courrier, la veille documentaire et le traitement de dossiers de mises à jour de CMU de base et complémentaire ou encore d'indemnités journalières. En fonction des centres, cette dernière tâche s'effectue soit à l'arrière des guichets et à l'abri des regards¹⁵⁰, soit au sein des services d'instruction situés dans d'autres lieux¹⁵¹. Le conseiller qui reçoit l'assuré n'est ainsi plus forcément celui qui instruit son dossier.

Alors que les gestionnaires de clientèle sont censés tourner entre les postes de front office et de back office, ils consacrent en fait la majorité, voire la quasi-totalité, de leur temps aux premiers. Avec la politique de baisse des effectifs et le nombre important d'arrêts maladie à l'accueil, ils ne sont plus assez nombreux pour pouvoir alterner. L'accueil des usagers au guichet devant être assuré en priorité, et d'autres agents spécialisés pouvant instruire les dossiers, ils se retrouvent cantonnés au front office.

Or, l'activité de back office est considérée comme plus agréable et reposante puisqu'elle n'est pas effectuée au contact d'assurés potentiellement stressants et agressifs. Même si les agents sont également soumis à des injonctions de productivité, la pression est moins forte, n'étant pas incarnée par un compteur qui passe du vert au rouge dès qu'ils sont hors délai, ni par la vue de la file d'attente.

De plus, les agents peuvent y gérer leur journée, ce qui est extrêmement important pour eux¹⁵². Ils peuvent arriver quand ils le souhaitent entre 8h et 9h30 et partir à leur guise entre 16h et 18h, tant qu'ils assurent leur quota d'heures hebdomadaires, ce qui est considéré comme un avantage. A l'inverse, à l'accueil, ils sont contraints par les horaires d'ouverture et de fermeture et doivent s'organiser pour leur pause déjeuner. Le fait de tourner entre le back et le front office permet ainsi aux agents de mieux supporter les contraintes inhérentes aux postes d'accueil.

Les activités à l'arrière ont toutefois une autre importance pour les agents : c'est grâce à elles qu'ils peuvent maintenir leur polyvalence et leur savoir-faire réglementaire. C'est parce qu'ils connaissent la procédure de traitement d'un dossier qu'ils savent renseigner les demandeurs. Cela leur permet également d'être au fait des nouveautés en matière de loi et de procédure, qu'ils n'ont pas le temps de suivre à l'accueil à cause de la cadence de travail¹⁵³. Or, comme

150 C'est le cas des centres des Tourelles et du Parc qui sont des PSA.

151 C'est le cas du centre des Aubépines qui est une agence.

152 Comme nous l'avons vu, plusieurs agents ont choisi de travailler à l'Assurance maladie pour les possibilités d'horaires qu'elle offre et notamment le fait de rentrer tôt chez soi, ce qui permet de pouvoir avoir une véritable vie de famille.

153 Les assurés se présentant sans discontinuer au guichet, les agents n'ont pas le temps d'imprimer et lire les nouvelles notes d'instruction.

on l'a vu, la polyvalence est une qualité d'autant plus valorisée à la Caisse qu'elle permet d'être promu aisément dans n'importe quel autre service. Tandis que la spécialisation par pôle diminue les possibilités de promotion et mutation pour les agents des services de « production¹⁵⁴ », les agents d'accueil restent les seuls à avoir une connaissance de l'ensemble des activités de l'Assurance maladie. Ils obtiennent ainsi plus facilement des mutations. En 2009, des vacances de poste leur ont d'ailleurs été réservées.

Delphine, cadre de l'accueil du centre des Pins, explique à ce propos : « *Si on veut détecter un potentiel, ça va, on peut engager un agent d'un pôle spécialisé, mais si on veut quelqu'un d'immédiatement compétent, ce sera plus quelqu'un de l'accueil* ». (Journal de terrain, Centre des Pins, 01.04.10).

Or la polyvalence de l'agent et sa grande connaissance de la législation sont assurées par le fait qu'il change de poste chaque semaine, et qu'il continue à instruire des dossiers. S'il est cantonné au « front office », l'agent perd de son savoir-faire réglementaire en matière de traitement des dossiers, et n'est plus formé aux nouveaux logiciels et programmes qu'il ne sait dès lors plus utiliser.

Ce processus de déprofessionnalisation est renforcé par la séparation physique entre les agences et leur centre de rattachement. Le centre des Aubépines étant une agence, aucun service de « production » n'y est installé. Par conséquent, alors que les agents d'accueil des pôles service assurés (PSA) peuvent traiter des demandes de CMU de base, ceux des Aubépines n'y sont pas autorisés. Ces dossiers nécessitent en effet des actions qui doivent être vérifiées dans la journée avant d'être validées. Le bureau du contrôleur étant situé au PSA, il est impossible de lui transférer les dossiers rapidement. C'est pourquoi les agents du centre des Aubépines n'instruisent ce type de demande que lorsqu'ils travaillent directement au PSA (ils y sont parfois envoyés pour quelques jours, mais cela est très rare). Comme ils n'en traitent pas souvent, ils perdent leur expertise et, du coup, se voient confier de moins en moins fréquemment ce genre de dossier.

Claire explique qu'avec la mise en place cette année d'une nouvelle base de données d'identification des assurés qui fait référence sur l'ensemble du territoire national, le Référentiel individus (RFI), à laquelle les agents d'accueil n'ont pas été formés, elle ne saurait plus comment instruire un dossier. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 22.09.10).

154 Par « production », on entend les services de « back office » où les agents instruisent des dossiers et ne sont pas en contact avec les assurés.

Les agents d'accueil se retrouvent ainsi cantonnés au travail de guichet et plus particulièrement au pré-accueil, poste considéré comme le moins intéressant, le moins épanouissant et le plus dur. Les agents ont l'impression d'y faire de l'abattage et d'y agir en automates. Ce poste étant destiné au renseignement, à l'information et à la distribution de formulaires, ils ne font que distribuer des dossiers, répétant les mêmes phrases et les mêmes actions toute la journée, ne réfléchissant plus à rien et agissant de manière robotisée.

Claire qui aurait aimé obtenir un autre diplôme pense que cela lui sera difficile puisque, avec ce travail, elle a perdu l'habitude de réfléchir : « *On répète toujours la même chose, on appuie toujours sur les mêmes touches : F2, F11, F2, F11¹⁵⁵...* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 26.02.10).

Ce travail abrutissant rend l'évolution future difficile, les agents ne se sentant plus bons à grand-chose et encore moins à la reprise d'études et au passage de concours (nécessaires pour être promu dans les CPAM).

8.1.1.2 UN POUVOIR DE DÉCISION LIMITÉ

Ce sont également les tâches mêmes du pré-accueil qui évoluent : par manque de temps, plus aucune vérification n'y est désormais effectuée. Alors qu'avant, l'agent pouvait y enregistrer des rattachements d'enfant ou des relevés d'identité bancaire (RIB), cela est dorénavant interdit : dans la précipitation, il risque de faire des erreurs. Le pré-accueil s'apparente alors plus à un travail de tri et de gestion de la file d'attente qu'à celui de « conseiller » aux yeux des agents. Ils ont l'impression d'être de simples exécutants qui ne font que répondre à des questions et distribuer des formulaires, sans agir sur le dossier. L'intérêt du poste du pré-accueil s'est ainsi grandement réduit à leurs yeux.

« *A l'époque, les demandeurs de la CMU étaient reçus dans un box confidentiel qui leur était spécifique. La confidentialité était très importante. Je les recevais, leur expliquais comment constituer un dossier, le vérifiais et l'instruisais. Les gens repartaient en sachant s'ils avaient un accord ou un refus. Je préférais ce travail parce que je répondais à une « demande » plutôt que de faire « agence de renseignements » comme aujourd'hui* », Claire, 32 ans, centre des Aubépines, agent d'accueil depuis 2000, entrée à la Caisse des Champs comme emploi-jeune pour traiter les dossiers de CMU-C. (Journal de terrain, 09.03.10).

155 F2 permet de valider une action et F11 de sortir des logiciels.

L'agent n'intervient plus non plus dans les dossiers au deuxième niveau : il y vérifie leur constitution, contacte les services si nécessaire et effectue parfois quelques actions, mais il n'instruit jamais de demande à ce stade. Les délais de réception imposés ne le permettent pas. La plus grande autonomie du guichetier réside en fait dans les rendez-vous où il doit débloquent une situation (comme des cas d'arrêts maladie non payés). Il a alors davantage l'impression d'agir sur la situation. Les rendez-vous sont toutefois assez peu nombreux (deux journées par semaine maximum pour chaque centre sont planifiées pour cela).

Le rôle de l'agent en box se réduit ainsi désormais à celui de liaison entre le service spécialisé et l'utilisateur, et au guichet à celui de « distributeur de dossiers ». Les agents considèrent que leurs activités se sont réduites à une peau de chagrin : ils ne font plus que distribuer des formulaires et répondre rapidement à des dossiers, comme l'exprime Gladys : « *Avant conseiller en assurance maladie ce n'était pas boîte aux lettres !* »¹⁵⁶. Le chronométrage tout comme la surfréquentation des centres ne leur permettent plus de faire autre chose.

N'instruisant plus les dossiers, l'agent peut se retrouver également en incapacité d'exécuter la dernière tâche qui lui reste à effectuer : renseigner les usagers. Le cloisonnement entre les services ne lui permet plus de connaître les délais de traitement de chaque service, par conséquent, si un dossier n'a pas été instruit, il est incapable de dire quand il le sera. Il lui est tout autant impossible d'accéder au dossier pour savoir ce qui pose problème et, du coup, aider l'utilisateur à améliorer sa demande.

Le regroupement des activités par pôles a ainsi engendré de l'étanchéité entre les services et les agents et a réduit les compétences des guichetiers. Avant, lorsque tous les dossiers étaient traités dans un même centre, les agents se connaissaient et pouvaient monter voir leurs collègues pour leur expliquer une situation, leur demander un traitement en urgence ou un renseignement. Ils étaient plus au fait des situations et des nouveautés. Ils pouvaient donner une réponse aux usagers. Désormais, tout se passe par téléphone, on se connaît moins et il y a moins d'entraide, les agents des pôles spécialisés ne rendant pas service à des agents qu'ils ne côtoient pas. Or, cette connaissance permettait de répondre aux demandes des usagers qui, désormais, ne comprennent pas que leur situation ne puisse pas être réglée depuis l'accueil comme c'était le cas auparavant.

L'action des guichetiers, leur marge d'autonomie et de décision est également limitée par les délais et procédures à respecter. De plus, d'autres acteurs, tels que les employeurs ou la médecine du travail, entrent en jeu et la résolution d'un dossier ne dépend pas seulement de la

156 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 25.02.10.

CPAM, ce que les usagers ne comprennent pas toujours ou ne veulent pas entendre. Ces blocages institutionnels renforcent le sentiment d'impuissance vécu par certains agents.

Un homme vient pour un accident du travail qui n'a pas été validé. Viridiana lui répond que c'est normal parce qu'il faut attendre un mois pour que cela soit fait. L'assuré répond : « *400 euros de moins sur ma paye, ça fait mal* ». Viridiana reste muette puis lui dit qu'elle est désolée mais qu'elle ne peut rien faire. Après son départ, elle m'explique : « *Le monsieur, ce n'est pas sa faute s'il est en accident du travail. Nous, en attendant, on lui verse la moitié de sa paye mais je ne peux rien faire tant que le médecin conseil n'a pas donné son accord. On est impuissant* ». (Centre des Pins, 31.03.10).

En plus d'être rendus en partie inutiles par le fonctionnement des caisses (sauf finalement pour faire tampon entre les usagers et les services d'instruction), ils se sentent ainsi également impuissants lorsque les usagers les sollicitent. Agent subalterne, dernier maillon d'une hiérarchie très lourde, le guichetier est ainsi dans une « position d'autorité subordonnée » (Siblot, 2006). Sa marge d'autonomie et d'initiative est faible, puisqu'il applique des règlements en étant contraint, voire bloqué, par sa hiérarchie et le recours à des logiciels et autres outils informatiques. Cette position de dominant dominé est renforcée par l'organisation du travail dans les caisses qui le place en incapacité d'effectuer sa mission en matière d'information aux usagers.

8.1.2 UN PUBLIC DE PLUS EN PLUS SPÉCIALISÉ

La répétitivité des tâches et la baisse d'expertise, qui sont au cœur des critiques des agents à propos de l'évolution de leur métier, sont également accentuées par le fait que la population qui se rend dans les guichets est de moins en moins diversifiée, les demandeurs de la CMU y étant surreprésentés. Au tournant des années 2000, c'est en effet également le profil socio-économique du public des accueils qui évolue. La mise en place de la CMU-C et de l'AME, tout d'abord, entraîne la venue d'usagers plus pauvres, mais les évolutions technologiques jouent également.

8.1.2.1 UNE SURREPRÉSENTATION DES DOSSIERS COMPLEXES ET DES USAGERS PRÉCAIRES À L'ACCUEIL

Avec le développement des plateformes téléphoniques (Munoz, 2006), des services internet comme ameli.fr¹⁵⁷, de la boîte postale ou des bornes automatiques, les assurés peuvent obtenir une information sur l'avancée de leur dossier en passant un appel ou en consultant leur compte en ligne. Ils peuvent également télécharger des formulaires sur Internet puis les envoyer directement, ou encore passer dans les centres pour imprimer une attestation de droits à la borne sans avoir aucun contact avec les guichetiers. La venue au centre est ainsi moins nécessaire qu'auparavant.

Ces nouveaux services ne sont toutefois pas également utilisés par les différents groupes sociaux. Premièrement, ils ne sont pas accessibles à tous. Ils s'adressent à des personnes qui ont les capitaux sociaux, économiques et administratifs pour les utiliser. Il faut savoir se servir d'internet et d'un ordinateur, avoir accès à une connexion, ne pas avoir peur de s'exprimer au téléphone en français et savoir formuler une requête (Dubois, 2010). Deuxièmement, ils sont particulièrement utilisés par les personnes qui travaillent et qui sont rarement disponibles aux horaires d'ouverture ou par celles qui souhaitent éviter les désagréments administratifs. A l'inverse, les personnes qui recherchent du lien social à travers les administrations préfèrent, elles, se rendre au guichet. Troisièmement, ces services concernent uniquement les demandes simples à traiter. En cas de situation complexe ou de retour incessant du dossier, les usagers sont obligés de se rendre au guichet. Or les situations de précarité ont tendance à complexifier les dossiers administratifs : on a plus de chance de se voir retourner son dossier pour incomplétude ou incohérence quand on a plusieurs employeurs et donc plusieurs fiches de paye. Les personnes en situation précaire peuvent ainsi être surreprésentées dans cette catégorie.

Ces nouveaux services entraînent ainsi une surreprésentation des dossiers dits « problématiques » et des usagers « précaires » à l'accueil (et parmi eux les demandeurs de la CMU-C) et une sous-fréquentation par les salariés (à l'exception de ceux qui viennent pour des problèmes de paiement des indemnités journalières, soit des dossiers « problématiques »).

Cette spécialisation se retrouve également au niveau du back office où, les agents, non formés aux nouveaux logiciels, ne peuvent plus instruire les autres types de dossiers et se retrouvent cantonnés au traitement des demandes de CMU-C et d'ACS. De plus, les dossiers de CMU-C devant absolument être étudiés dans les deux mois sous peine d'être attribués d'office, la

¹⁵⁷ www.ameli.fr est le site web de l'Assurance maladie à partir duquel les assurés peuvent entreprendre des démarches.

Caisse ferme périodiquement ses accueils pour que les gestionnaires de clientèle aident à leur liquidation lorsque le délai des deux mois approche. Les guichetiers servent ainsi de variable d'ajustement à la gestion des dossiers de CMU-C, perdant en expertise et se spécialisant alors, malgré eux, dans cette tâche.

8.1.2.2 DES DEMANDEURS DE LA CMU-C QUI CRISTALLISENT LES TENSIONS

Les demandeurs de la CMU-C cristallisent de ce fait les tensions à l'accueil, devenant le symbole et surtout la cause, aux yeux des agents, de leur baisse de polyvalence. Si le travail au guichet est répétitif et ennuyeux c'est parce que les dossiers de CMU-C sont toujours les mêmes et que ce public est trop important. Les agents ont ainsi l'impression de ne traiter que ce type de demandes.

« Au bout d'un moment, ça va la CMU ! En back office, on ne fait que ça. Pour que ce soit plus diversifié, on a demandé à assurer les mêmes missions que les agents des services de production mais pour l'instant cela n'a pas été accepté » (Nadia, guichetière, Centre des Pins, 01.04.10).

« Je n'aime pas être en deuxième niveau parce que tu n'y fais que de la CMU et que ça n'est pas intéressant » s'exclame Marine. Puis elle se tourne vers moi : *« Tu dois halluciner de nous entendre parler ainsi... »*, et Géraldine d'expliquer : *« C'est dû à la fatigue et au ras le bol »*. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 08.04.10).

Dans cette configuration, certains agents estiment qu'installer un distributeur automatique de dossiers de CMU-C diminuerait grandement leur charge de travail, sous-entendant que cette population représente l'essentiel de leur « clientèle ».

Au pré-accueil Marion plaisante avec ses collègues : *« On devrait accorder la CMU à toutes les personnes vivant aux Tourelles, comme ça il n'y aurait plus personne dans le centre ! »*¹⁵⁸. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10).

Ces usagers ne sont pourtant pas les seuls à poser problème ou à rendre le travail répétitif. Pourtant quand on étudie les discours des agents des quatre centres observés, ce sont uniquement les demandeurs de la CMU-C qui sont décrits comme surreprésentés et difficiles. Que ce soit au pré-accueil ou en deuxième niveau, les agents ont l'impression de ne traiter que

158 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10.

ces demandes¹⁵⁹, telle Annick qui s'exclame après qu'un assuré lui a demandé un dossier : « *CMU, CMU, on ne fait que ça !* »¹⁶⁰, ou Maryse qui chantonne avec un air exaspéré : « *CMU, CMU, CMU !* »¹⁶¹.

Un homme arrive au pré-accueil l'air perdu. Marine rigole en disant à Géraldine : « *Ça c'est pour toi !* ». Géraldine répond qu'elle est bien contente de s'en aller (elle quitte l'accueil à la fin du mois) et dit à Marine en la narguant : « *Tu vas faire que de la CMU et de l'AME !* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 08.04.10).

Ce phénomène peut s'expliquer par un autre élément : l'arrivée de ce public rend l'exécution des tâches et le respect des objectifs plus problématiques. Alors que la dimension sociale du métier est réduite par le manque de temps, la demande sociale, elle, s'accroît. Les dossiers sont de plus en plus complexes du fait de la précarisation des salariés (ils dépendent de nombreux employeurs ce qui signifie plus de fiches de paye et plus de difficultés pour prouver leur situation, plus de documents à fournir, mais aussi plus de risques d'en oublier). Ils prennent ainsi plus de temps à être vérifiés et ne permettent pas aux agents de remplir leurs objectifs.

La présence de ces usagers entre alors en conflit avec les pratiques managériales des caisses et confronte les agents à leurs propres ambiguïtés, surtout quand ces demandeurs sont étrangers. Leur mauvaise compréhension de la langue réduit encore plus les échanges (surtout quand ils doivent aller vite) et accentue le côté limité et répétitif du travail : n'arrivant pas à s'exprimer, les usagers tendent directement les dossiers aux agents sans fournir d'explication ni même parfois prononcer le moindre mot. Les agents doivent alors « jouer aux devinettes » ou parler avec des gestes pour se faire comprendre. En retour, ils leur donnent un dossier sans rien expliquer, estimant que la personne ne comprendrait pas de toute façon.

Les usagers étrangers peuvent ainsi être perçus comme « problématiques » par les agents car ils les empêchent d'atteindre leurs objectifs. Il faut leur répéter plusieurs fois les mêmes choses pour qu'ils comprennent et ce, lentement. Eux ont du mal à s'exprimer et constituent ainsi une perte de temps, les échanges dépassant alors aisément les trois minutes. Cumulant alors deux types de handicaps aux yeux des agents – la précarité et les difficultés de communication – les demandeurs de la CMU-C représentent ainsi l'archétype de l'utilisateur difficile pour les guichetiers.

159 La part de la population en situation irrégulière étant assez faible en France par rapport à l'ensemble des personnes résidant sur le territoire, il y a effectivement beaucoup plus de dossiers de CMU-C déposés que d'AME.

160 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10.

161 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10.

8.2 UN DÉFAUT DE RECONNAISSANCE. LA DÉVALORISATION DU MÉTIER PAR LES USAGERS

A côté de cette réduction des activités, c'est aussi le métier en lui-même qui perd en prestige, et ce notamment dans la relation tissée avec les usagers. Etudier les transformations du métier de guichetier de l'Assurance maladie nécessite en effet de s'intéresser aux interactions avec le public, et tout particulièrement aux actions et réactions de ce dernier. Le travail au guichet repose en effet sur des interactions constantes avec des usagers qui sont loin d'être des acteurs neutres et passifs malgré les apparences. Les relations de guichet sont par définition asymétriques : les agents les dominent et sont les seuls à pouvoir décider de l'issue du dossier. Tout, à première vue, semble en leur faveur dans la relation : une position derrière le guichet, la détention du savoir, un certain pouvoir de décision, la maîtrise de la langue et des règles et, enfin, un statut de travailleur face à des usagers qui viennent « demander » une prestation non contributive, dans le cas de la CMU-C et de l'AME. Mais, dans la réalité, la position dominante des guichetiers n'est pas forcément acceptée par les usagers qui ne cessent de chercher à la contourner, à la limiter, voire à la renverser. Le guichetier ne se retrouve ainsi pas forcément dans un rapport de domination qui lui est favorable, mais bien aussi dans des situations de doute et de discrédit où sa position, son autorité et sa compétence sont remises en question.

8.2.1 UNE RELATION AMBIGUË AUX USAGERS : ENTRE VALORISATION ET DISCRÉDIT

La question du rapport au public joue un rôle important dans la façon dont les conseillers de clientèle définissent leur métier et le vivent. Le rapport aux usagers est en effet ambivalent puisqu'il est à la fois source de valorisation et de discrédit (Jeantet, 2003).

La présence des usagers permet tout d'abord de sortir de la routine bureaucratique, de tisser des liens, d'en apprendre plus sur la culture de chacun ou sur des situations particulières, et donc de se divertir et de s'échapper notamment du cadre des contraintes professionnelles ou de la pression hiérarchique. Mais la présence du public permet aussi aux guichetiers de donner un autre sens à leur travail, un intérêt : pouvoir s'impliquer dans des dossiers, chercher une solution de manière visible et donc exercer un rôle plus social et être reconnu par l'utilisateur pour ce zèle et cet investissement personnel en leur faveur. La marge de manœuvre des agents peut aussi plus facilement s'exprimer dans ce cadre. Ces interactions leur permettent aussi d'être plus autonomes et maîtres de leurs décisions et donc de se positionner en acteurs clés de la procédure et donc en acteurs nécessaires et incontournables. Le rapport au public est

alors source de gratification et de reconnaissance et est apprécié et valorisé pour toutes ces raisons.

Source de signification et de valorisation, le contact avec le public peut toutefois également être perçu comme une source de discrédit par les guichetiers. Les relations au guichet ne sont en effet pas si simples et pas toujours agréables. Elles peuvent être tendues, voire être l'objet de conflit ou de violence. L'agent n'y trouve alors aucune source de gratification mais plutôt du discrédit. La proximité avec le public est alors entendue comme l'aspect ingrat plutôt que valorisant et enrichissant de leur travail.

Pour que l'interaction reste valorisante, il faut que l'utilisateur se comporte d'une certaine manière : qu'il se maintienne dans sa position de dominé, reconnaissant alors le savoir-faire des agents, et qu'il exprime une certaine gratitude qui mette en avant leurs compétences. Or, deux processus sont contraires à cela dans la caisse étudiée. Premièrement, la marge de manœuvre dont disposent les agents pour rendre service aux usagers est de plus en plus mince, puisqu'elle n'est pas permise par la nouvelle organisation du travail, où l'agent ne décide pas et n'a plus de temps à consacrer au public. Il ne peut donc intervenir et n'a pas non plus le temps de répondre aux demandes et de renseigner pleinement la personne. La position de dominant des agents et son expertise sont alors fortement contestées. Cette réorganisation laisse alors moins d'espace pour les relations valorisantes et gratifiantes, et engendre plus de relations conflictuelles et de discrédit. Deuxièmement, la modernisation des administrations a tempéré l'asymétrie de la relation de guichet en donnant un poids plus important à l'utilisateur en le plaçant au cœur des réformes (Warin, 1997). Il est désormais « client » plutôt qu'« usager » ou « administré ».

8.2.2 DES RELATIONS CONFLICTUELLES QUI NE PERMETTENT PAS AUX GUICHETIERS DE VALORISER LEUR TRAVAIL

Les relations au guichet à la CPAM des Champs sont loin d'être policées, elles sont souvent brutales verbalement, voire physiquement. A travers ces conflits, ce sont la compétence, la responsabilité et le professionnalisme des agents qui sont remis en cause et la place de l'utilisateur en tant que « client » exigeant un service qui s'affirme.

8.2.2.1 UNE ATMOSPHÈRE CONFLICTUELLE

Les situations de conflits sont très présentes dans les accueils. Même si cela reste exceptionnel, certains centres, comme celui des Tourelles, ont même embauché un vigile. Il est présent durant toute l'ouverture de l'accueil et peut intervenir en cas de problème. L'atmosphère au guichet est pesante. Elle est le fruit à la fois de la réalité des interactions et d'anecdotes sur la violence des usagers qui circulent au sein des caisses. Lors de leur formation, les futurs agents apprennent ainsi à éloigner des usagers les objets perçus comme potentiellement dangereux tels que les agrafeuses. Des anecdotes leur sont racontées comme celle où un usager « fou furieux » a cassé un ordinateur en le jetant, ou celle où un autre a craché dans la bouche d'un agent.

L'agressivité qui imprègne les relations entre agents et usagers détériore l'ambiance de travail. La violence des rapports pèse sur chacun, allant parfois jusqu'à la mise en arrêt maladie de certains agents. Aux Aubépines, Mathieu a été menacé de mort par une assurée. Il a porté plainte. Non soutenu par sa hiérarchie qui refuse de lui payer ses frais d'avocat, il s'est mis en arrêt maladie. Les agents font fréquemment part de leur malaise vis-à-vis de ces situations.

« Il y a deux-trois mois c'était très tendu à l'accueil. On a dû prendre un vigile pendant trois semaines et appeler la police plusieurs fois. Ça s'était calmé et là ça reprend. Ces derniers temps, j'ai l'impression que la salle se dit "Qu'est-ce qu'elle fout cette conne" quand ils me regardent bosser et attendent que je m'occupe d'eux. Je les sens agressifs ». (Claire, Centre des Aubépines, 25.02.10).

Gladys explique que quand elle est en deuxième niveau et qu'elle entend un usager hurler, elle prie pour ne pas le recevoir. Laurence, quant à elle, n'aime pas les assurés qui crient, ils lui font peur. Si elle les sent trop agressifs, elle s'en va. Auparavant, les agents avaient des badges avec leur nom, mais comme les usagers les menaçaient de retrouver leur adresse dans le bottin, ils ne les portent plus.

Au pré-accueil, Houda commente : *« On en a tellement marre du travail qu'on arrive à un point où on attend presque de se prendre une patate pour demander un arrêt de travail ! ».* « De deux mois » précise Gladys. Houda : *« Tu rigoles, deux ans ! Quoique je m'ennuierais ».* Elle précise qu'elle plaisante puis ajoute : *« En même temps il y a toujours une part de vérité dans les blagues... ».* (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 26.02.10).

L'angoisse des agents peut également venir du fait qu'une partie des usagers peut avoir des problèmes psychiatriques difficiles à contrôler. Mais l'agressivité est aussi le fait des agents, qui sont parfois excédés et fatigués par les interactions. Les situations tendues en entraînent d'autres, produisant un effet boule de neige :

Au pré-accueil, un monsieur demande à parler à un agent en particulier. Ryzlène lui répond qu'elle est en congé. L'homme demande : « *T'es sûre ?* ». Il la tutoie alors qu'elle le vouvoie. Il part en continuant à lui parler à travers la salle d'attente alors qu'elle reçoit d'autres usagers. Un homme se présente ensuite pour un accident du travail. Il s'énerve un peu quand il apprend que le dossier n'a pas encore été traité : « *Mais j'ai envoyé les papiers !* » puis : « *Hé je te jure je les ai envoyés !* ». Ryzlène le vouvoie et lui explique que l'employeur n'a pas rempli les papiers. Il s'exclame : « *Et moi j'attends et il s'en fout !* ». L'accident date du 1^{er} décembre, elle lui demande de remplir un formulaire : « *J'ai déjà fait ça mademoiselle !* ». Ryzlène, plus sèchement : « *Je vous explique : c'est votre employeur qui ne fait pas le travail* ». L'assuré hausse alors la voix, plus virulent. Ryzlène baisse le ton pour tenter de le calmer : « *C'est contre votre employeur que vous devez vous énerver pas contre nous, c'est lui qui n'a pas fait le travail !* ». L'usager s'énerve et se met à crier. La cadre accueil sort du back office et se place derrière Ryzlène. L'homme part en parlant en arabe mais personne ne comprend ce qu'il dit.

A l'interaction suivante, Ryzlène, quelque peu agacée de ce rudoisement, devient intraitable. Criant et s'énevant, elle complique l'entretien : l'usager suivant arrive et donne son ticket à Ryzlène. Sans rien dire, il cherche un dossier dans son sac. Il en sort un, puis un autre. Ryzlène s'agace : « *Vous venez pour quoi monsieur ?* ». « *Pour un dossier de CMU* ». Ryzlène lui répond : « *On ne vérifie pas les dossiers. Il faut le déposer dans la boîte aux lettres ou revenir demain pour un rendez-vous* ». Le monsieur refuse de déposer son dossier sans vérification et veut que cela soit fait immédiatement. Ryzlène est très agressive. Elle rétorque que vérifier son dossier va lui prendre trop de temps. Le monsieur répond : « *Ce n'est pas du temps, je veux juste savoir quel contrat de travail il vous faut* ». Il insiste. Ryzlène campe sur ses positions : « *Si vous ne voulez pas de rendez-vous, je le transmets comme cela* ». Le monsieur explique ne pas pouvoir revenir le lendemain car il travaille. Il insiste : « *J'ai annulé exprès mon travail aujourd'hui pour pouvoir venir* ». Elle lui demande si quelqu'un d'autre ne peut pas venir à sa place. Il répond par la négative. Ryzlène regarde son dossier et rétorque : « *Si, il y*

a madame ». Le monsieur répond : « *Madame est malade, elle est enceinte* ». Ryzlène, toujours agressive : « *Malade, ce n'est pas enceinte !* ». Claire, qui est au pré-accueil juste à côté, intervient alors, précisant qu'elle a déjà traité le dossier et s'en souvient. Elle explique qu'en fait il y a deux dossiers : une demande de CMU-C et un changement de régime. Le dossier de CMU-C est complet c'est le changement de régime qui pose problème : il y a changement de situation car désormais monsieur est salarié. Claire récupère la situation et Ryzlène passe aux assurés suivants. (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 22.02.10).

Le stress des agents les rend ainsi moins patients et plus irritables, comme le remarque Claire : « *Peut-être que nous aussi on est stressé et que ça joue* »¹⁶². Il les rend aussi moins disponibles pour construire une relation valorisante avec l'utilisateur, ce que la brièveté des échanges et leur chronométrage ne permet pas non plus.

Le bruit est également un facteur de stress et de tension. Lorsque le centre est surpeuplé, le brouhaha permanent est très fatigant, plus encore lorsque les portables bipent ou sonnent et que les enfants pleurent. Les agents, excédés, peuvent alors devenir agressifs avec les parents qui, selon eux, n'essaient pas assez de calmer leur progéniture.

Un bébé pleure fort dans la salle d'attente. Comme il ne s'arrête pas, Marine s'énerve et déclare à la salle que s'il n'y a pas le silence, elles arrêtent de travailler. La dame ne réagit pas. Marine pointe du doigt le bébé en demandant à la dame de s'en occuper. Cette dernière est en train de le bercer dans sa poussette, mais Marine estime que ce n'est pas suffisant, qu'elle doit le prendre dans ses bras si elle veut vraiment qu'il cesse. La dame n'apprécie pas la remarque et s'énerve : « *C'est un enfant, pas un adulte, c'est normal qu'il pleure* ». Marine continue de menacer de cesser le travail, et la dame de s'énerver. Laurence intervient : « *Nous aussi on a des enfants, on sait ce que c'est. Mais, là, c'est impossible de travailler. Ce n'est pas normal qu'il pleure toute l'après-midi !* ». La dame finit par le prendre dans ses bras, et il se calme. Une fois le centre fermé (avant 17h, et donc avec des assurés qui attendent encore à l'intérieur), ceux qui arrivent à l'extérieur cognent contre les fenêtres pour qu'on les laisse entrer, c'est une pagaille absolue et c'est vraiment dur nerveusement. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 13.04.10).

Enfin, lorsque le système d'affichage des numéros tombe en panne et que les agents sont obligés de crier les numéros pour appeler les usagers, cela les épuise encore plus. Voir les

162 Journal de terrain, Centre des Aubépines, 22.02.10.

mines énervées et le nombre des personnes qui attendent leur tour augmente également la pression.

8.2.2.2 UNE COMPÉTENCE REMISE EN DOUTE

Ces situations conflictuelles font souvent l'objet d'une mise en doute de la compétence des agents. Nombre d'assurés sont en effet très critiques envers les guichetiers et la Sécurité sociale. Reprenant à leur compte les clichés sur les fonctionnaires et bureaucrates qui travaillent peu, mal et de façon inefficace, ils accusent les agents de traîner et de passer trop de temps en pause, plutôt que d'assurer leur service. Les délais d'attente qui s'éternisent sont interprétés par les usagers comme la conséquence du manque de rapidité, de productivité et de conscience professionnelle des agents.

Un homme qui attend de passer en deuxième niveau s'intercale entre deux numéros. Il me fait remarquer qu'on a fait des travaux, que c'est plus beau mais que l'attente est longue. Il est très insistant sur ce point et quelque peu désagréable. Stéphanie lui répond que les deux personnes au deuxième niveau sont occupées avec un autre assuré et qu'il doit attendre. Il rétorque qu'il les a entendues rire et que c'est irrespectueux de « *papoter alors qu'il y a des gens qui attendent et qu'ils peuvent être malades* ». (Centre du Parc, 10.03.10).

Les usagers n'hésitent pas à faire des réflexions aux agents, visant ainsi à les éduquer à bien faire leur travail. Ils les traitent comme des personnes n'ayant aucune conscience professionnelle. Certains usagers contestent leur compétence et leur autorité, puisqu'ils ne sont pas aptes à répondre à leurs demandes et déclarent n'avoir aucun pouvoir sur l'issue des dossiers. La parcellisation des tâches, en limitant leurs possibilités d'action, amplifie encore cette impression auprès des usagers qui leur reprochent une méconnaissance de la législation, ce qui expliquerait selon eux les délais excessifs de traitement des dossiers ainsi que les problèmes qu'ils rencontrent à obtenir leur prestation.

Au pré-accueil, un homme vocifère. Comme Aline, la cadre, lui dit d'arrêter de crier, il s'énerve : « *Fonctionnaires de merde ! Vous ne connaissez rien à la Sécu !* ». Aline : « *D'accord, au revoir monsieur* ». Il part en hurlant à plusieurs reprises « *sale conne* ». Les agents commentent : « *Ils sont tous sortis de l'asile aujourd'hui !* » (Centre des Tourelles, 09.04.10).

Alors qu'un agent explique à un usager qu'il doit déposer son dossier de CMU-C dans la boîte aux lettres, ce dernier répond : « *Vous allez voir, je vais le mettre*

dans la boîte et on va encore me le redemander. Les documents, ils sont toujours perdus de toute manière ! » (Journal de terrain, Centre du Parc, 17.03.10).

Les agents font ainsi l'objet de critiques régulières : ils ne connaîtraient pas leur métier, seraient mal organisés et perdraient sans cesse les documents. A travers la succession de ces interactions et accrochages, ponctuels mais répétés, les usagers leur renvoient une image d'incapables et d'incompétents. Cette image est amplifiée par l'attitude d'acteurs tiers. De nombreux conflits sont ainsi déclenchés lorsqu'un tiers comme un médecin, un patron ou un pharmacien ont décrit aux usagers une procédure qu'ils ne retrouvent pas dans la pratique. Ces derniers remettent alors en doute la compétence des agents et leur bonne foi, rappelant ce que leur médecin, pharmacien ou patron leur a expliqué.

Un monsieur veut savoir où en est le traitement de son dossier. Claude lui explique que tous les dossiers d'une même ville sont envoyés dans un même service et ne sont pas classés tant qu'ils n'ont pas été traités. Résultat, elle ne peut pas savoir où en est le dossier et s'il va être instruit bientôt. Elle ne l'a pas sous la main et le service ne peut pas chercher dans toutes les boîtes, il y en a beaucoup trop. Le monsieur dit que la clinique lui a parlé d'une prise en charge provisoire. Claude s'énerve car « *tout le monde donne des conseils sur la Sécu ! La clinique, la pharmacie... alors qu'ils n'y travaillent pas !* ». (Centre du Parc, 19.03.10).

Certaines associations contribuent également à la remise en cause de la compétence des agents de l'Assurance maladie en donnant aux usagers des « billes » pour faire passer leurs dossiers. Elles leur conseillent par exemple de demander à voir les textes quand un agent leur soutient qu'ils ne remplissent pas les conditions pour obtenir une prestation. Ou leur donnent des documents à montrer aux agents pour leur dicter la procédure à suivre ou exiger la remise de reçus.

Un homme passe en deuxième niveau pour une demande de CMU de base et de complémentaire. Il vient de la part du Comede. Il tend à Diane un document édité par l'association à l'attention de la CPAM et qui stipule : « Vous devez remettre un récépissé ». Cette phrase est surlignée en gras. Le monsieur la pointe du doigt et insiste pour que Diane s'exécute. Diane ne comprend pas ce que cela signifie. Elle part se renseigner auprès de la cadre de l'accueil. Cette dernière lui explique : « *Le Comede a le bras long. Si sa base n'est pas montée en 48h, le dossier va partir directement chez le directeur et on va se faire sévèrement engueulé* ». Elle décide donc de passer le dossier en urgence. Annick, qui assiste à l'explication de

la cadre, commente : « *Ils sont gonflés au Comede !* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 09.04.10)

Enfin, la gestion politique de l'Assurance maladie peut également faire passer les agents pour des incompetents. Les représentants politiques peuvent ainsi anticiper la mise en place de dispositifs en en parlant dans les grands médias pour vanter leurs actions alors même que ces nouveautés n'ont pas encore été mises en œuvre et que les agents n'en ont pas été informés. Ils sont alors incapables de répondre aux questions des usagers, voire même tombent des nues quand ils n'ont pas entendu parler de cela dans les médias, ce qui les décrédibilise encore plus.

Lors de la pause déjeuner, je découvre que Claire et Mathieu ignorent qu'ils vont bientôt délivrer les attestations AME en mains propres et qu'il va y avoir des bilans de santé spécifiques pour ces bénéficiaires. Claire s'exclame : « *Nous, on est prévenu après les assurés !* » et raconte qu'un jour un usager lui a demandé son « chèque » et qu'elle ne comprenait rien. Il parlait en fait de l'aide pour une complémentaire santé (ACS), mais aucune information n'avait encore été transmise à ce sujet. Comme elle n'était pas du tout au courant, elle a cru qu'il « *délinait* ». Puis, une deuxième personne a évoqué la même chose, en lui disant que la ministre de la Santé en avait parlé à la télé : « *Je me suis sentie tellement bête que depuis je regarde les infos pour être au courant* ». (Journal de terrain, Centre des Aubépines, 22.02.10).

Les usagers qui estiment que les agents sont incompetents, remettent alors en cause tout ce qu'ils disent, et cherchent à les contourner : en demandant par exemple à parler directement avec leur supérieur hiérarchique, ou en s'installant eux-mêmes (ou via un acteur tiers) détenteurs du savoir réglementaire et donc en contestant leur application des règles de travail et leur interprétation de la réglementation.

8.2.2.3 LE CONFLIT : UNE RESSOURCE POUR LES USAGERS

Ces situations de conflit sont à replacer dans le cadre des stratégies utilisées par les usagers pour faire valoir leurs droits et obtenir une certaine reconnaissance sociale au guichet. Yasmine Siblot (2006) a montré dans son étude sur les relations des classes populaires à l'administration que ce public mettait en place des formes de contestation individuelles des pratiques administratives ainsi que des pratiques personnelles de résistance, d'évitement ou d'acceptation pour moduler le rapport de domination inhérent à la relation de guichet. Dans

notre étude, nous avons distingué trois formes mises en place pour obtenir satisfaction : certains acceptent tout ce que les agents disent et réclament, se présentant comme de bons usagers qui demandent une faveur et se satisfont de ce qu'on leur donne. D'autres essaient de négocier de petits traitements préférentiels comme par exemple des photocopies : ils tentent d'amadouer l'agent en le lui demandant gentiment ou en jouant sur la corde sensible, expliquant qu'ils n'ont pas les moyens de les payer ou de revenir faire la queue. Les troisièmes, enfin, tentent d'inverser l'asymétrie de la relation de guichet de deux façons, soit en recourant au conflit, soit en instaurant un rapport de subordination avec le guichetier, comme nous le verrons plus loin.

L'avantage de la protestation par le conflit verbal est qu'elle est accessible à tous puisqu'elle repose « sur des ressources moins discriminantes que le recours juridique ou la lettre de plainte, puisqu'elle utilise l'oralité et la maîtrise des situations d'interaction » (Siblot, 2006 : 87). Dans ce cadre-là, le physique, imposant, la voix, grave et inquiétante, le regard, froid, tout peut être utilisé pour faire avancer l'interaction et l'issue du dossier. Savoir réclamer, savoir s'imposer, avoir une réaction virulente, voire agressive, savoir piquer des colères, taper du poing ou jouer la comédie sont ainsi des ressources à la disposition des usagers pour, non pas forcément aller jusqu'à inverser le rapport de domination, mais tout du moins le tempérer. Les cris et les menaces sont ainsi des recours pour se faire entendre et obtenir une réponse de la caisse.

En fonction de l'origine sociale de la population qui se rend dans les centres et de l'aménagement des guichets, la tension est plus ou moins forte et les stratégies ne sont pas les mêmes. On note ainsi des réactions différentes suivant les lieux d'accueil. Au centre du Parc, où la population a un revenu médian plus élevé que dans les autres centres, les mécontents exigent régulièrement de voir les responsables, ce qui représente un fait exceptionnel aux centres des Tourelles et des Aubépinés dont les usagers, issus de catégories plus populaires, et dans des situations d'exclusion sociale, semblent moins bien connaître le fonctionnement des administrations que ceux du Parc, plus intégrés socialement et plus majoritairement issus de la classe moyenne.

Tandis qu'au Parc, les relations restent plus courtoises mais s'orientent vers des logiques de clientèle, elles deviennent plus facilement agressives aux Aubépinés et aux Tourelles. Les affrontements entre agents et usagers y sont ainsi plus fréquents. La population ayant plus de mal à s'exprimer et à se défendre, le ton y monte beaucoup plus facilement, même si la présence d'un vigile aux Tourelles évite les dérapages. Les Aubépinés et les Tourelles ont toutefois tous les deux été fermés après la fin de notre observation à cause de menaces de

mort préférées à l'égard des agents. Rien d'exceptionnel, puisque cela s'était déjà produit juste avant notre arrivée sur chacun de ces terrains.

Comme l'a montré A. Spire (2008) dans son travail sur les guichets des préfectures, la séparation des tâches de réception et d'instruction prive l'utilisateur de toute possibilité de négociation. Les arguments qu'il peut utiliser dans une relation de face à face pour faire valoir sa demande : sa tenue, son élocution ou encore son bon comportement ne peuvent pas ici faire pencher la balance dans un sens favorable comme défavorable puisque ces éléments ne sont pas transmis à l'agent instructeur. Ses efforts sont donc vains, ce qui peut le pousser à recourir plus rapidement à l'agressivité. Mais les efforts du guichetier aussi sont vains dans cette situation : il ne peut plus se positionner en tant qu'acteur clé qui peut peser sur l'issue du dossier, et qui est donc incontournable et nécessaire à l'utilisateur. De plus, il ne peut pas non plus expliquer à ce dernier pourquoi sa demande a été rejetée, ne disposant ni du dossier ni des informations nécessaires. De même, argumenter en cas de refus ne sert à rien puisque les guichetiers lui répondent qu'ils sont incompetents en la matière. C'est d'ailleurs précisément pour éviter l'empathie des guichetiers à l'égard des usagers et la multiplication des accords que les directions des caisses des Lys et des Champs ont choisi de distinguer les tâches de réception et d'instruction. En cherchant à limiter l'empathie des guichetiers vis-à-vis des usagers, c'est néanmoins la situation inverse que la séparation des tâches produit : les usagers eux-mêmes considèrent les guichetiers avec moins d'empathie et d'égards.

8.2.2.4 UNE SOURCE DE DISCRÉDIT

Les relations de guichet conflictuelles sont particulièrement problématiques pour les agents, car elles ne leur permettent pas de donner un sens valorisant à leur travail. Au contraire, leur position y est discréditée : ils n'y sont pas perçus comme des acteurs individuels qui pourraient aider les usagers, mais comme les représentants d'une institution une et indivisible, qui va à l'encontre des usagers, en ne facilitant pas leurs démarches ou en s'opposant forcément à leurs demandes. Le rôle social des guichetiers ne leur est alors pas reconnu, et le déroulé de ces interactions ne leur permet ni ne leur donne envie de le jouer. Ce rôle social est également plus difficile à tenir, de manière générale dans l'ensemble des interactions de guichet, du fait du rendement chronométré qui leur est imposé et de la séparation des tâches de réception et d'instruction, les agents n'ayant plus la même marge de manœuvre sur les dossiers.

Dans ce cadre, la relation de guichet n'est plus vécue comme une ressource mais plutôt comme une contrainte (Siblot, 2008). Les guichetiers n'y trouvent plus aucune forme de gratification, mais au contraire une majorité d'expressions de discrédit qui les poussent à vouloir changer de poste. La majorité des guichetiers rencontrés souhaitent en effet quitter l'accueil à cause de la rudesse des relations avec le public. Exténués par les conditions de travail et l'agressivité des assurés, se sentant incompetents, ils aimeraient être mutés pour un service de back-office plus « tranquille », et où ils pourraient jouer un rôle plus gratifiant.

Priscilla et Géraldine ont ainsi passé des tests avec succès pour travailler dans un service de production. Pour Priscilla, l'accueil est sans doute le poste le plus intéressant à la Caisse mais après dix ans, elle estime en avoir fait le tour et n'en peut plus nerveusement. Sa mutation va, de plus, lui permettre de gagner du temps en transport et surtout de la flexibilité dans ses horaires. Maryse, après vingt ans passés à l'accueil, a obtenu un poste au pôle des prestations en espèce. Affectée dans un autre centre que celui demandé, elle est cependant contrainte de refuser sa mutation :

« Ca rallonge mon temps de trajet... en plus, j'ai des problèmes de santé et j'ai besoin de travailler près d'un hôpital. S'ils maintiennent ma mutation, je refuserai, à mon grand désespoir ! J'en ai marre de l'accueil. Tu rentres chez toi, t'es crevée. T'as pas de vie de famille ». (Maryse, Centre des Tourelles, 05.04.10).

Emilie est en train de passer des tests pour obtenir une mutation au moment de l'enquête. Claire, quant à elle, réfléchit également à quitter l'accueil, estimant que cela commence à avoir raison de son calme.

« Ça fait neuf ans que je fais ça et je ne veux rien faire d'autre à la Caisse, mais là je n'en peux plus, j'en ai marre des assurés qui nous parlent mal. Ils sont nombreux à être très agressifs en ce moment » (Claire, Centre des Aubépinés, 26.02.10)

Elle sent qu'elle commence à être à bout. Medhi aimerait également reprendre ses études une année supplémentaire pour pouvoir exercer en tant que comptable. Mathieu, qui est diplômé en informatique, voudrait intégrer ce service, mais il est très prisé. En attendant, il surveille les vacances de poste.

L'épuisement et l'idée de ne plus être apte à rien en fin de journée sont finalement en opposition avec les raisons pour lesquelles certains agents se sont engagés à l'Assurance maladie. Les CPAM proposent en effet de nombreux contrats à temps partiel ou adaptés : les contrats classiques sont de trente-neuf heures, mais beaucoup ont des contrats d'une trentaine d'heures. De plus, il existe plusieurs aménagements pour les temps partiels. Beaucoup de

femmes expliquent ainsi avoir choisi ce secteur pour bénéficier d'horaires qui leur permettent de mieux concilier travail et vie de famille. C'est le cas d'Emilie, qui chôme le mercredi et finit à 16h tous les jours. Entrée à la Caisse des Champs en 2005, elle est néanmoins fatiguée des conditions de travail à l'accueil et passe les tests pour intégrer le pôle des prestations en espèce. Marion et Diane, jeunes mères de famille, ont, quant à elles, choisi de quitter le privé pour consacrer plus de temps à leurs enfants.

« Avant, j'étais employée dans un cabinet d'avocat dans l'immobilier. Je gagnais bien ma vie, beaucoup mieux qu'à la Caisse. Mon métier était très intéressant mais j'ai voulu changer pour mes enfants, pour pouvoir en profiter. Avant j'allais à de nombreux cocktails le soir, ce qui fait que je rentrais tard chez moi. Aujourd'hui, je gagne moins mais j'y trouve mon compte. J'ai défini mes objectifs ». (Marion, Centre des Tourelles, 01.03.10).

Finir plus tard ou particulièrement fatiguée n'est donc pas compatible avec l'idée qu'elles se faisaient d'un emploi à l'Assurance maladie. Marion est ainsi une des premières à demander la fermeture des portes avant 17h quand l'accueil est surchargé : *« J'ai une vie moi après ! »*¹⁶³ se justifie-t-elle.

8.2.3 UNE ABSENCE DE SOUTIEN HIÉRARCHIQUE ET COLLECTIF

Situés en « première ligne », faisant face à des demandes et un mécontentement auxquels ils ne peuvent rien répondre parce qu'on ne leur en donne ni les outils ni les moyens, les agents se sentent « lâchés » par leur hiérarchie, jetés en pâture et ainsi mis en danger par leur propre institution :

Un homme attend pour passer en deuxième niveau. Comme il y a beaucoup de monde, l'attente est longue. Plusieurs assurés demandent qu'il soit reçu plus vite. Les agents répondent que c'est impossible car il y a déjà quelqu'un mais que c'est bientôt son tour. Une femme vient à plusieurs reprises, insistante. A la fin elle dit : *« J'ai passé ma vie dans les hôpitaux, je sais ce que c'est, il est vraiment malade et s'il tombe ce sera votre faute, il y aura non-assistance à personne en danger ! »*. Les agents s'énervent un peu, le prenant mal. Marion répond : *« Mais oui, c'est ça, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse, qu'on sorte la personne du box pour l'y faire entrer. On est en sous-effectif ! »*. Puis : *« Et nous, ce n'est pas*

163 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 01.03.10.

non-assistance à personne en danger de nous laisser travailler comme ça ! ».

(Centre des Tourelles, 06.04.10).

Les agents expriment ainsi le besoin d'être protégés, mais aussi celui d'être mis sur un pied d'égalité avec les usagers qu'ils considèrent mieux traités qu'eux. Ces besoins de protection et d'égalité s'expliquent par le fait que les agents ne se sentent pas soutenus dans leur travail quotidien par leurs responsables : ces derniers, cherchant toujours à éviter le scandale pour sauvegarder leur réputation, celle de la Caisse et du directeur, ont tendance à aller dans le sens de l'usager pour qu'il se calme plutôt qu'à affirmer le bon droit du guichetier.

Laurence me raconte que la semaine précédente, une assurée a menacé de mort Samia, lui disant qu'elle allait rentrer chez elle, chercher un fusil et lui tirer dessus. Elle était furieuse car son dossier de CMU-C n'avait pas encore été traité. Comme Laurence voyait que cela dégénérait, elle a dit à Samia de quitter le pré-accueil, et est partie chercher la responsable du centre qui a reçu la dame dans un box : *« La dame a descendu Samia et la responsable n'a rien dit pour la défendre »* commente-t-elle. Elle dit avoir été choquée par l'attitude de sa hiérarchie, d'autant plus que Samia n'est en poste que depuis trois mois. La responsable a promis à la dame qu'on allait rechercher son dossier et le traiter en urgence. Laurence estime que : *« C'est n'importe quoi ! Au final la dame fait une crise. Elle se comporte n'importe comment, elle nous insulte, nous menace de mort et elle obtient ce qu'elle veut ! La responsable l'incite à recommencer en faisant cela. Les gens qui se comportent bien, ils attendent, mais finalement ceux qui se comportent mal obtiennent un traitement privilégié ! »*. (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10).

Laurence était ainsi tout autant scandalisée par l'attitude de la dame que par celle de la responsable, se sentant d'autant plus fragilisée que les assurés sont poussés à continuer leurs menaces puisqu'ils obtiennent plus aisément satisfaction ainsi, même lorsqu'ils sont en tort. Les agents ont alors l'impression d'être moins bien considérés et traités que les usagers qui peuvent tout faire, tandis qu'eux sont obligés légalement de rester polis et de s'en tenir à leur devoir de réserve. Le moindre écart d'attitude leur serait reproché, tandis que celui des usagers porte ses fruits, tout en diminuant leur autorité.

Le seul soutien est alors à chercher auprès des collègues. Les guichetières du centre des Tourelles sont ainsi assez soudées et s'entraident au guichet. Toutes ont participé à ce qu'elles nomment avec fierté leur « mini grève » pour pouvoir faire du « pilotage » à l'accueil.

Les agents ne se sentent toutefois pas toujours soutenus par leurs collègues. Le collectif n'est pas aussi présent dans tous les centres et n'est pas forcément encouragé par le productivisme (cf. chapitre 7). Les collègues peuvent parfois leur faire perdre la face devant les usagers, en remettant en cause leur interprétation des règles ou des procédures, comme c'est le cas lorsque Monique critique Medhi, devant l'utilisateur, parce qu'il le questionne sur ses dépenses dans le cadre d'un entretien AME (cf. chapitre 4). Dans ce climat de fragilité et de perte d'autorité, la baisse du collectif et le renvoi vers l'individualisation des décisions est très mal vécu par les agents. Pour Medhi, Monique ne se pas montre pas solidaire et a tort d'intervenir dans son dossier et de dénigrer l'institution. Il est important pour lui que les agents fassent bloc, qu'ils délivrent le même message pour que celui-ci soit bien compris par les usagers, que les agents aient l'air soudés afin que les usagers soient plus respectueux et essaient moins de chercher des failles ou de négocier. Cet effet de « bloc » est présenté comme nécessaire par la plupart des agents :

Une dame se présente directement au pré-accueil sans faire la queue et demande à voir la cadre. Viridiana lui répond qu'il faut qu'elle attende son tour car elle doit consulter son dossier et vérifier si elle ne peut pas régler le problème elle-même avant de déranger sa supérieure. La dame, mécontente, finit par passer par la salle d'attente des box, entrer dans celui de Philippe, quand celui-ci se libère, sans ticket, et voir directement avec lui. Quand Viridiana s'en rend compte, elle n'est pas contente. Elle me dit « *Il est gentil avec les assurés, mais je passe pour quoi moi après ?!* ». (Centre des Pins, 01.04.10).

La question de l'autorité est importante au guichet puisqu'elle est ce qui légitime la position des agents. La voir remise en question par les collègues est ainsi mal vécu par les agents d'autant qu'ils ont le sentiment qu'elle est déjà très limitée. Leur crédibilité est un enjeu important pour eux, car elle leur permet de pouvoir utiliser leur marge de manœuvre en rendant des services à l'utilisateur, et ainsi d'instaurer un rapport particulier et valorisant avec lui. Le pouvoir d'autorité et la reconnaissance de leur compétence permettent aussi aux guichetiers de rester dans un rapport de domination et d'autorité face aux usagers. Ces derniers mettent cependant en place différentes stratégies pour renverser l'asymétrie de cette relation et faire en sorte de pouvoir obtenir gain de cause.

8.2.4 INVERSER L'ASYMÉTRIE DE LA RELATION EN PLAÇANT LES AGENTS DANS UN RAPPORT DE SUBORDINATION

La relation de guichet peut également être dévalorisante pour les agents quand les usagers inversent l'asymétrie de la relation de guichet et les renvoient à une position de subordonné. Certains usagers les traitent ainsi comme des employés à leur service et n'hésitent pas à leur donner des ordres ou à leur dicter leurs actions. Les guichetiers ne sont ainsi pas seulement renvoyés à la position d'employé qui n'a pas de poids sur les décisions et qui ne peut intervenir, mais aussi à celle de subordonné, de sous-fifre au service des usagers qui instaurent alors une « relation de servitude » (Jeantet, 2003).

Comme l'a montré Aurélie Jeantet (2003), le rapport de guichet est également un rapport de force où s'affrontent le pouvoir du guichetier (bien décrit dans les recherches de Vincent Dubois (2003)), mais aussi celui du client. Le client n'est effectivement pas un être passif, il tente d'agir, avec plus ou moins de réussite, sur l'interaction. Les recherches classiques sur l'administration ont eu tendance à ne pas étudier, voire à tenir pour nulle, l'action des usagers sur la relation de guichet. Or les destinataires, tout comme les prestataires de la relation ont des ressources à leur disposition. On parlera ici indifféremment de « relation de guichet » ou de « relation de service », car ce qui se joue dans le pouvoir des clients est justement le fait de chercher à mettre en place une « relation de service », voire de « servitude » plutôt qu'une « relation de guichet ». Ce mouvement est également insufflé, du moins dans son discours, par la direction des caisses et la réforme des administrations publiques qui qualifient les usagers de « clients ».

Les guichetiers, eux, s'efforcent de résister à cette évolution, en essayant de réimposer une relation administrative, une relation de guichet plus classique, comme définie par Max Weber, où ils ont un pouvoir d'autorité. La relation de service que l'utilisateur et l'administration tentent de leur imposer leur déplaît, parce qu'elle modifie leur travail et surtout la manière dont ils définissent et vivent leur métier.

Partant du principe que les agents sont incompetents, certains usagers leur expliquent alors comment faire leur travail. Ces « recommandations » traduisent une perception de la relation de guichet plus proche d'une relation de service que de la relation administrative. Les guichetiers sont perçus comme de simples exécutants au bas de l'échelle, voués au service des assurés. Certains s'adressent alors à eux de manière méprisante, voire condescendante, n'hésitant pas à leur donner des ordres et les traiter comme des sous-fifres :

Un monsieur vient pour faire sa déclaration de médecin traitant. Stéphanie lui répond que le formulaire se retire à la borne. L'homme n'est pas content car tout à l'heure il a voulu demander un renseignement (en passant devant les autres) et on lui a répondu de prendre un ticket et d'attendre son tour : « *Et maintenant vous me dites que ça ne servait à rien de prendre un ticket !* » Il précise que c'est moi qui lui ai dit de prendre un ticket, Stéphanie lui explique que je suis stagiaire. Il rétorque : « *Puisqu'elle est stagiaire, elle n'a qu'à aller me chercher le document* ». Il est très insistant. Stéphanie lui répond que je ne suis pas là pour cela et que s'il n'y arrive pas, les autres assurés aussi peuvent l'aider. Il continue d'insister, sans effet. Il part à la borne en pestant contre « la stagiaire ». (Journal de terrain, Centre du Parc, 10.03.10).

Ici l'assuré, estimant que nous ne servions à rien, nous trouvait une fonction, une utilité, une activité : en tant que « stagiaire », donc au bas de l'échelle, nous pouvions bien être préposée aux petites tâches et à la paperasserie. Les usagers ont l'impression que lorsque l'agent ne reçoit personne, il ne travaille pas. S'il quitte le guichet alors qu'il y a de l'attente ou qu'il s'éternise à l'arrière pour demander des instructions à la cadre, des critiques se font entendre depuis la salle d'attente quant aux pauses exagérées et à la fainéantise des « fonctionnaires ». En position d'observatrice au guichet, nous avons ainsi plusieurs fois été approchée par les usagers qui nous demandaient des renseignements alors que nous étions en train de suivre un autre échange, ou qui sous-entendaient que nous ne travaillions pas.

L'agent d'accueil est ainsi identifié à quelqu'un qui a pour fonction de répondre à une demande et à des questions. Lorsqu'il clôture son entretien sur Médialog après qu'un usager est parti, les assurés ne comprennent pas ce qu'il fait et viennent lui demander un renseignement, ou se présentent bien que leur numéro n'ait pas encore été appelé : ils s'avancent et, si l'agent ne les regarde pas, lui parlent et l'interrompent ainsi dans sa tâche, pensant qu'il ne travaille pas.

En assignant aux agents une place d'exécutant, les usagers se positionnent finalement aussi en clients, leur rappelant qu'ils sont à leur service et que ce sont eux qui les payent avec leurs impôts. Les agents se retrouvent ainsi renvoyés à la position de « serviteurs », « au service de » l'usager. Les usagers renversent ainsi l'asymétrie inhérente aux rapports de guichet, en transformant la relation de service en relation de servitude (Jeantet, 2003). Les agents ne sont plus en position de leur rendre potentiellement service, selon leur bon vouloir, mais sont à leur service. Le service n'est ainsi plus une faveur qu'on leur accorde, il est un dû.

En exigeant des choses, les assurés cherchent à limiter le rapport de domination, rappelant qu'ils ne demandent pas l'aumône, mais qu'ils cherchent à jouir d'une prestation dont ils remplissent les conditions. Ils refusent alors de se contenter de la position de quémendeur dans laquelle les placent parfois l'assistance et la non contributivité de leur couverture, rappelant que cette dernière est un droit. Ils peuvent alors se positionner de manière plus virulente et exigeante, criant parfois : « *Je veux mon droit !* »¹⁶⁴.

Cette tactique se retrouve également dans les modes de contestation des décisions administratives. Tous les usagers ne craignent pas les agents, et ne se placent pas dans une position de soumission face à eux. Certains n'hésitent d'ailleurs pas à demander après la hiérarchie quand ils sont mécontents, court-circuitant ainsi le pouvoir du guichetier, et reléguant encore plus ce dernier à la place de subordonné, puisqu'ils ne lui reconnaissent alors ni utilité ni autorité. Ces stratégies sont plus rares que le recours à l'agressivité, mais irritent particulièrement les agents qui peuvent alors sortir de leurs gonds :

Au pré-accueil, un couple se présente pour une demande de « départ à l'étranger ». Le médecin a écrit sur l'ordonnance « valable à l'étranger » au lieu de « départ à l'étranger », ce qui pose problème. Priscilla leur explique qu'il faut retourner chez le médecin pour lui dire de le refaire. Ils s'énervent et s'en prennent tous les deux à elle. La dame dit qu'elle a un diabète, qu'elle est malade et que le médecin est loin donc qu'elle ne va pas y retourner. Comme ils crient, Priscilla s'énerve et rétorque : « *Si, vous allez y aller, si vous voulez le papier* ». La dame la tutoie, dit qu'elle a l'habitude avec elle et qu'elle veut voir le responsable. Priscilla part en s'exclamant devant les assurés : « *Fait chier !* ». (Journal de terrain, Centre du Parc, 22.03.10).

On voit dans cet exemple comment Priscilla essaie de faire preuve d'autorité en obligeant le couple à retourner voir le médecin en leur précisant qu'ils n'obtiendront rien autrement. Ces derniers nient cette autorité, ce que Priscilla prend très mal, en plaçant premièrement le problème sur un plan personnel, comme si c'était elle qui refusait d'être souple avec eux (« *On a l'habitude avec toi* »), et en demandant ensuite à voir sa supérieure hiérarchique, estimant que cela ne sert à rien de parler avec elle.

A côté de la remise en cause de leur polyvalence, fondement de leur compétence, et de la définition de leur métier, c'est ainsi un troisième élément propre à la posture professionnelle d'agent d'accueil qui est remis en question : leur autorité et, avec elle, à nouveau, le savoir-faire réglementaire qui le fonde.

164 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 08.04.10.

Que ce soit par le recours au conflit ou par l'instauration d'un rapport de servitude, au final c'est la position d'autorité et la compétence réglementaire qui la fonde qui sont contestées. Les guichetiers ne sont pas forcément dans une position dominante. Tout du moins, cette position ne leur est pas toujours reconnue par les usagers qui ne leur montrent alors aucune marque de déférence, et les traitent en subordonnés.

Les interactions avec le public sont alors doublement source de dévalorisation : par la position de subordination qu'elles imposent aux agents et par la remise en cause constante de leurs compétences (dans les centres, il ne se passe pas un jour sans qu'il y ait un accroc sur ce dernier point). Le rapport de servitude instauré par certains usagers les place dans un rôle de subordonné qui casse tout l'intérêt de leur travail : en étant « au service de », ils ne peuvent plus « rendre service » (Jeantet, 2003), soit aider les gens et donner un sens social à leur travail, puisqu'ils sont « obligés de le faire ». Ils n'ont ainsi plus la marge de manœuvre de décider ou non de rendre service, ce qui détruit tout le prestige de leur position.

Le travail au guichet, placé dans une situation de soumission à l'usager est alors complètement dévalorisant, puisque les guichetiers ne peuvent plus faire de cette tâche une source de gratification, soit une « ressource ». L'agent ne peut dès lors plus tirer de reconnaissance de ces interactions et vit alors les relations de guichet uniquement comme une contrainte (Siblot, 2008).

8.3 UNE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE MODIFIÉE. DE LA PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS À LA GESTION DE LA PAUVRETÉ.

Les agents font aussi face à une révolution professionnelle. A travers l'ensemble des reproches qui sont fait aux usagers de la CMU-C, c'est en fait aussi la défense d'une identité professionnelle qui s'exprime. En plus d'incarner les problèmes concrets de la recherche de productivité dans l'accueil et de la quantification des relations humaines, les usagers de la CMU-C représentent également une mutation importante du métier d'agent de l'Assurance maladie : ces derniers ne s'occupent désormais plus seulement des travailleurs et de leur famille, vérifiant leur affiliation et le bon paiement de leurs droits, mais aussi, et finalement surtout, de personnes qui sont prises en charge au titre de leur pauvreté.

Plutôt que de calculer des droits à partir de cotisations et d'accords professionnels, ils se retrouvent ainsi à vérifier que les demandeurs ne dépassent pas un certain plafond de ressources pour obtenir une mutuelle à laquelle ils ne cotisent pas. Le profil de leur public, qui

passer des travailleurs aux personnes pauvres qui bien souvent ne travaillent pas¹⁶⁵, change complètement. Mais leur identité professionnelle également. En 1945, travailler à la Sécurité sociale signifiait protéger le travailleur et sa famille contre les aléas de la vie. On était dans une démarche assurantielle de prévoyance puisque le travailleur cotisait pour se protéger contre des risques potentiels. La solidarité dont s'occupaient les agents de l'Assurance maladie n'était pas celle d'aujourd'hui, qui est la prise en charge des plus pauvres. Nous On était à l'époque dans l'idée d'une solidarité par redistribution qui bénéficie à tous. L'agent de l'Assurance maladie s'opposait ainsi à celui de l'aide sociale. L'agent de l'aide sociale accorde des aides sous critère de ressources, il doit décider d'attribuer ou non cette aide en jugeant de la situation de la personne. L'agent de l'Assurance maladie, lui, calcule des droits et les liquide en vérifiant que les assurés remplissent bien les conditions d'obtention. Le travail est encadré par une réglementation stricte et ne dépend pas d'une logique de magistrature sociale (Weller, 2000).

Avec l'arrivée de la CMU-C et de l'AME, c'est donc toute cette culture professionnelle d'agent au service des travailleurs, du droit et du service public qui est remise en cause. L'hybridation des prestations sociales fait entrer les logiques de l'assistance dans la Sécurité sociale. Les agents se retrouvent à affilier ces nouveaux usagers au titre de la pauvreté et ainsi à juger de cette dernière. Ils ne sont plus au service des travailleurs, mais à celui de personnes pauvres.

La pauvreté est alors invoquée et mise en scène au guichet. On n'est plus dans une logique d'affiliation (qu'elle soit par le travail, la famille ou la résidence) mais plus dans une logique d'assistance, de dette de l'Etat, voire de charité : on les aide car ils ont de faibles ressources et dès qu'elles augmentent, on ne les prend plus en charge.

Ce ne sont pas ainsi les usagers de la CMU de base qui posent problème mais bien ceux de la CMU-C. La CMU de base s'obtient sur un principe assurantiel hybride : seuls ceux qui ont de faibles ressources ne cotisent pas, mais la prestation n'est pas délivrée sous critère de ressources, elle est attribuée à tous ceux qui ne peuvent être protégés autrement. Elle ne place donc pas les personnes dans une situation d'assistance. C'est au titre de leur résidence en France qu'ils sont affiliés et non pas de leur pauvreté, la gratuité de son bénéfice est une autre question qui est étudiée dans un second temps.

Les agents ont ainsi l'impression qu'avec la prise en charge de la CMU-C, le prestige de leur métier est diminué. Ils vivent alors un phénomène de déclassement. Comme Alexis Spire le

165 Le plafond de ressources de la CMU-C étant très bas, il est difficile pour une personne qui travaille d'obtenir la CMU-C, à moins d'avoir plusieurs enfants à charge, peu d'aides sociales et de ne pas être à temps plein.

rappelle à propos des agents des préfectures : « La valeur d'un guichet étant proportionnelle au prestige des personnes qu'il accueille, les fonctionnaires de l'immigration se trouvent en quelque sorte déclassés par le déclassement des étrangers qui se présentent aux portes des préfectures » (2008 : 15). Sauf qu'ici, c'est le statut de « non contribuant », parce que « pauvre », de l'utilisateur qui décline le professionnel. A cela s'ajoute également le fait que, dans ce département, les guichets accueillent une population majoritairement étrangère ou d'origine étrangère.

Certains agents lient alors l'évolution de leur métier à celle de l'origine de la population fréquentant les guichets, amalgamant alors étrangers ou personnes d'origine étrangère à ceux qu'ils nomment les « assistés », c'est-à-dire les personnes qui bénéficient d'une prestation sociale, et ici plus spécialement d'une mutuelle, sans cotiser.

« Avant, les assurés étaient moins assistés que maintenant. C'était différent, c'était mieux. Là, on a ouvert à tout va !... Avant, il n'y avait pas de Turcs, de Maliens, maintenant c'est la majorité de la population qui se présente. Et ils étaient moins assistés avant. Ils faisaient leurs démarches ». (Monique, Centre des Aubépines, 05.03.10).

La critique des « assistés » est illustre particulièrement ce phénomène de déclassement. Ces « nouveaux usagers » sont présentés comme plus difficiles, agressifs et moins respectueux de leur travail. Ce discours collectif sur les usagers est empreint d'un certain mépris social : les agents disent avoir affaire à un public spécifique (des « cas sociaux », « la crème de la crème ») et qu'ils ne sont « pas gâtés ». Les pratiques des usagers sont souvent décrites comme fantasques, excessives et surtout irraisonnées.

« Les assurés, ils sont graves ici ! Avant, il y avait des stylos et des agrafeuses en libre-service, mais comme ils étaient volés, on les a fixés au meuble mais même comme cela, ils étaient volés et après il y avait de gros trous dans les meubles donc on a arrêté d'en mettre » (Stéphanie, Centre du Parc, 17.03.10).

Alors qu'un monsieur est en train de fumer dans la salle d'attente, Stéphanie s'exclame, éberluée : « C'est un zoo ici ! ». (Journal de terrain, Centre du Parc, 16.03.10).

« Ici on est obligé d'avoir un vigile, vu la population qu'on a et le nombre de personnes qu'on reçoit par jour. Avant, parfois, il y avait tellement de monde que les gens couraient et se battaient à l'ouverture des portes pour être les premiers à obtenir un ticket. Ils arrivaient les mains égratignées et les vêtements déchirés ! » (Annick, Centre des Tourelles, 06.04.10).

L'origine sociale plus populaire de ce nouveau public est également présentée comme rendant moins intéressant le travail au guichet. Certains agents reprochent en effet un manque de culture et de conversation aux usagers, trouvant les échanges à l'accueil non stimulants. C'est le cas de Stéphanie, pour qui : « *Le problème ici, c'est qu'il n'y a pas de culture* »¹⁶⁶. Loïc est également déçu : il a l'impression de ne pas dialoguer et de passer ses journées à taper sur son clavier. Nouveau à l'accueil, il travaillait auparavant à la plateforme téléphonique, il s'attendait à autre chose. Résultat, le métier ne lui plaît pas trop. Tous deux ont fait des études : Loïc a un DEUG de géographie et Stéphanie a fait une classe préparatoire aux écoles de commerce. Ils se présentent comme des personnes cultivées et se distinguent ainsi des usagers. Claire, quant à elle, regrette le temps où elle travaillait au centre de Caron : beaucoup d'artistes y étaient affiliés et les conversations étaient, selon elle, plus intéressantes car elle y apprenait des choses.

Enfin, les usagers sont également décrits comme excessifs et comédiens : ils en font « *des tonnes* », au point de s'évanouir quand ils ont un refus, ou de « *piquer des crises* » et de « *hurler* » dans tout le centre pour obtenir la CMU-C. Les critiques sont particulièrement fortes à l'égard de ceux qui sont perçus comme usant de la CMU-C pour d'autres bénéfices. L'obtention de cette prestation permet en effet d'obtenir des réductions dans les transports en commun ainsi que des tarifs sociaux pour l'électricité et le gaz. Les agents reprochent alors aux usagers d'utiliser plus la CMU-C pour ces réductions que pour la couverture maladie qu'elle est. A travers ces critiques, on retrouve la défense de l'identité professionnelle. En interrogeant les guichetiers sur les droits liés à la CMU-C, les usagers les transforment en quelque sorte en travailleurs sociaux, dont le rôle est de leur donner des renseignements concernant l'ensemble de leur situation sociale. Alors que les agents se définissent comme des professionnels de l'Assurance maladie et donc de la santé uniquement. Les réductions sociales ne les concernent pas d'autant plus que leur travail s'adresse à toute la population et pas seulement aux personnes qui ont peu de ressources.

Maryse est énervée. Aujourd'hui, elle s'occupe du deuxième niveau. Une personne est venue pour faire vérifier son dossier de CMU-C et a demandé à ce qu'il soit traité rapidement pour qu'elle puisse obtenir ses réductions de transport et d'électricité. Maryse ne trouve pas cela normal, elle s'énerve : « *La CMU, c'est accordé pour les soins, pas pour le reste !* » (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 06.04.10)

166 Journal de terrain, Centre du Parc, 10.03.10.

Ce sentiment se retrouve également dans le refus de remplir les dossiers pour les usagers ou de rédiger des lettres pour eux. En rappelant au public qu'ils ne sont pas des travailleurs sociaux, ou en les renvoyant vers des assistantes sociales lorsqu'ils demandent de l'aide pour compléter leurs dossiers, les agents de l'Assurance maladie mettent en place des stratégies pour remplir leurs objectifs, mais insistent aussi sur la distinction entre ces deux professions, en la restaurant.

Une personne demande à Stéphanie si elle peut remplir le dossier à sa place. Elle lui répond : « *Non, on n'est pas assistante sociale !* » (Journal de terrain, Centre du Parc, 17.03.10).

Des personnes viennent pour une première affiliation à la CMU de base. La CPAM leur a réclamé par courrier un extrait d'acte de naissance en langue portugaise. Les personnes n'ont pas compris la lettre. Stéphanie, voyant qu'ils n'ont pas les documents, leur dit : « *Je vais vous donner le numéro d'une assistante sociale qui vous aidera à constituer votre dossier* » puis « *Faut préparer les documents quand vous venez* ». (Journal de terrain, Centre du Parc, 15.03.10).

En effet, au-delà de leur prendre du temps ou de les empêcher d'atteindre leurs objectifs, ces demandes modifient l'essence de leur métier. Ils se retrouvent à remplir des dossiers, rédiger des lettres ou faire des photocopies, soit des actions qui leur semblent peu valorisantes et non représentatives de leurs savoir-faire. Ce sentiment est d'autant plus accru que les relations de guichet évoluent vers des relations de service où l'agent est renvoyé à une place de subordonné au service de l'utilisateur. Ce processus s'articule alors à la dévalorisation du métier, faisant passer le guichetier du statut de représentant de la loi et de l'autorité à celui d'employé au service du client. Leur mission perd alors doublement en prestige.

Les agents s'inquiètent ainsi de deux évolutions majeures qui mettent en péril la définition qu'ils se font de leur métier : celle d'une mission qui tend plus vers un travail social ou d'intervention sociale que d'une administration au service des travailleurs, et celle d'une relation de service, voire de servitude. Cette inquiétude est très présente dans les craintes de l'ensemble des agents à propos de l'avenir de leur institution. Ils craignent en effet que l'Assurance maladie devienne une institution dédiée aux pauvres, qui ne délivrerait plus que la CMU de base, la CMU-C, l'AME et l'ACS, tandis que les mutuelles gèreraient la protection de base et complémentaire des travailleurs et de leur famille.

Malgré le discrédit que leur confèrent les relations avec le public, les guichetiers craignent aussi qu'à terme ils n'aient plus aucun contact physique avec les usagers, réglant tout par

téléphone comme dans les mutuelles. Leur rôle s'apparenterait ainsi plus à celui des agents instructeurs ou à ceux de la plateforme téléphonique, diminuant encore plus l'intérêt de leur métier qui réside tout de même dans la relation d'aide et de gratification qui peut être construite au guichet.

La peur de la privatisation de l'Assurance maladie est présente dans les discours d'agents de divers service, et les nouveautés sont interprétées dans ce sens.

« La direction a signé un partenariat avec la CAF pour qu'elle leur donne la liste des personnes dépassant de 20% le plafond CMU pour qu'ils puissent les contacter pour leur proposer une ACS. L'objectif du Ministère c'est de pousser les assurés vers la mutualisation. A terme la Sécu ne s'occupera plus que des pauvres : la CMU, les accidents lourds et longs (hospitalisation, cancer) qui coûtent cher ». (Martine, service expert, 30.04.08).

« Bientôt il n'y aura plus de Sécu. Même la Sécurité sociale sera prise en compte par l'assurance et on paiera plus cher. On va aller vers le système américain, c'est l'idée de Sarkozy. On pousse les gens, même pauvres, à se mutualiser, via l'ACS, pour les pousser vers le système d'assurance. A la longue, même, on peut imaginer que l'Assurance maladie va se débarrasser des CMU-C pour les pousser vers les mutuelles » (Béatrice, service expert, 30.04.08).

Les agents craignent ainsi que les évolutions de l'Assurance maladie ne transforment, mais également ne fassent disparaître, leur fonction et leur utilité.

8.4 DES USAGES DE L'ENTRETIEN AMÉ : DEVELOPPER UNE « RELATION D'AIDE » POUR ECHAPPER A UNE « RELATION DE SERVITUDE »

Les agents renvoient ainsi leurs difficultés d'exécution à la trop grande présence de demandeurs de la CMU-C : c'est parce qu'ils sont trop nombreux que leur travail est devenu répétitif. Mais surtout, les agents, et parmi eux surtout ceux que l'on peut ranger dans la catégorie des pragmatiques, leur reprochent d'être râleurs, difficiles et agressifs, et de se comporter comme si les agents et la société leur devaient quelque chose. C'est ainsi leur comportement de « mauvais pauvres », non reconnaissants, qui leur est particulièrement reproché, car il reconfigure le travail des guichetiers en instaurant une relation de servitude qu'ils n'apprécient guère.

Dans ce contexte, le demandeur de l'AME qui est perçu comme se comportant comme s'il demandait une faveur, du fait de sa position de sous-citoyen, et leur apporte des marques de déférence est particulièrement bien vu. Cette figure du « bon usager » que revêtent les demandeurs de l'AME à l'accueil, que nous avons développée au chapitre cinq, s'explique ainsi également en fonction des conditions de travail des agents et de leur quête de sens. Comme nous l'avons vu les agents n'ont pas compris que l'objectif des entretiens d'AME était de lutter contre la fraude. Ces moments sont appréciés des agents car ils leur permettent de « souffler ». Le chronométrage est moins pesant et, étant installés dans des box, ils ne voient pas la file qui s'étire s'ils prennent du retard. De leur côté, les demandeurs protestent moins quand cela se présente. Venant à un rendez-vous, ils attendent également moins longtemps. Les agents passent, de plus, généralement moins de trente minutes avec les demandeurs, ce qui leur laisse du temps pour faire des pauses, ranger leurs affaires, reprendre les dossiers qui traînent, les classer, passer un coup de fil pour un renseignement ou lire une note d'instruction. Ce temps de tranquillité est particulièrement apprécié et donne de la valeur aux entretiens AME, comme le résume Diane, qui regrette de ne pas y être préposée plus souvent, aimant profiter de ces temps pour ranger son casier : « *L'AME c'est tranquille* »¹⁶⁷.

Ces entretiens d'AME peuvent être utilisés par les agents pour redonner du sens à leur travail. Dans un rapport de face-à-face où leur position est moins délégitimée par les usagers, ou le rapport de domination a moins de risque de s'inverser du fait de la position sociale extrême et marginale dans laquelle se retrouvent les étrangers en situation irrégulière, ils peuvent alors exercer une mission plus sociale et professionnaliser leurs tâches. Le profil des usagers est idéal pour cela : ils ont besoin qu'on leur vienne en aide. Les agents peuvent alors les aiguiller et les aider dans leurs démarches ce qui n'est plus possible avec les demandeurs de la CMU-C. Disposant de trente minutes, ils ont le temps d'expliquer à leurs interlocuteurs les éléments qui manquent à leurs dossiers ou les raisons d'un retour et de chercher avec eux un meilleur justificatif ou une solution qui leur permettrait d'obtenir la prestation. Ils ne sont ainsi pas renvoyés à la fonction d'automates.

L'usager idéal est ainsi, selon eux, celui qui valorise leur travail et leur fonction, en demandant une faveur, montrant qu'il a besoin de leur aide pour s'en sortir, et en leur permettant ainsi d'activer leur marge de manœuvre, c'est-à-dire celui qui s'intègre dans une

167 Journal de terrain, Centre des Tourelles, 07.04.10.

relation de guichet classique et ne remet pas en question l'autorité administrative ni la compétence des agents.

Cette hypothèse se vérifie d'autant plus que cette catégorisation du demandeur de l'AME comme « usager modèle » se retrouve essentiellement chez les agents que l'on peut qualifier de pragmatiques, soit ceux qui n'arrivent pas à donner un sens social à leur travail et à s'aménager des moments de reconnaissance et de répit en dehors des entretiens AME. Ainsi, Claire, qui fait partie des agents « sociaux », arrivant à faire reconnaître la valeur de son travail et de son expertise au pré-accueil ou dans la réception des dossiers de CMU-C, n'est pas friande des entretiens AME. Elle les trouve « *trop carrés, trop simples. Il n'y a pas de calcul à faire, ce n'est pas stimulant* »¹⁶⁸, tout comme Gladys qui réalise la mission « sociale » de son travail à travers la prise en charge des dossiers de CMU en deuxième niveau et acquiert ainsi une reconnaissance de la part des assurés, même si elle n'a pas celle de ses collègues et ses supérieurs. Les « sociaux » n'ont ainsi pas besoin de ces usagers et de ces entretiens pour donner du sens à leur travail et obtenir de la reconnaissance de la part des assurés. Ils n'entretiennent pas de relations privilégiées avec les demandeurs de l'AME, ne voyant pas en ces derniers les usagers modèles qu'ils sont pour les autres. Ils ne tiennent d'ailleurs pas non plus les mêmes propos que les pragmatiques sur les bénéficiaires de la CMU-C et n'incriminent pas particulièrement leur comportement.

Avec trente minutes, les échanges avec les demandeurs sont également moins standardisés et les discussions peuvent un peu dériver, les agents retrouvant alors le côté « culturel » voire « instructif » de la relation de guichet qui leur manque parfois au pré-accueil. En opposition aux demandeurs de la CMU-C pour lesquels les agents affichent un mépris social, la rencontre avec les demandeurs de l'AME est en effet perçue comme permettant de découvrir des « cultures étrangères », des coutumes et des langues, éléments considérés comme d'un apport plus légitime d'un point de vue culturel.

Philippe apprécie de faire les entretiens AME pour leur intérêt géographique. Le simple fait d'écrire le nom de la ville de naissance des demandeurs dans le formulaire de l'entretien AME lui donne l'impression de voyager : « *Le côté plaisant de l'AME c'est aussi de noter la ville de naissance des demandeurs. On fait du tourisme* ». Il aime tout spécialement regarder les passeports du Maghreb qu'il trouve particulièrement beaux avec l'écriture arabe. Ces rencontres avec les

168 Journal de terrain, Centre des Aubépines, 09.03.10.

demandeurs lui permettent aussi d'apprendre des choses sur le fonctionnement des pays ou des coutumes. (Journal de terrain, Centre des Pins, 31.03.10).

Percevant les entretiens AME comme des temps de relâche, les responsables de l'accueil décident, quant à elles, de les utiliser pour remettre sur pied des agents qui ont été en arrêt maladie pour des dépressions notamment dues au stress de l'accueil et qui, considérés comme fragiles, ne doivent pas exercer des tâches où ils seraient trop sous pression. Au centre des Pins, deux agents, Philippe et Mounir, reviennent de longue maladie à la suite d'un burnout. Le médecin leur a interdit de faire du pré-accueil pour raison médicale. Leur travail est alors aménagé. Philippe dispose ainsi d'un box attitré dans lequel il reçoit les assurés et où la cadre accueil, qui craint qu'un changement le désoriente, le maintient car il y a ses habitudes.

D'après Delphine, la cadre de l'accueil, les dossiers d'AME sont des dossiers plus faciles à traiter parce que les demandeurs de l'AME sont des gens « *qui sont en demande contrairement aux autres qui disent "on cotise pour cela, on y a droit !"* ». Delphine explique qu'« *en général les entretiens AME se passent bien. Les gens sont moins virulents* » et c'est pour cela qu'elle trouve que ces dossiers sont plus adaptés à des personnes qui reviennent de dépression et à qui il est médicalement déconseillé de faire de l'accueil. (Journal de terrain, Centre des Pins, 31.03.10).

Les demandeurs de l'AME étant perçus comme plus gentils, du fait de leur irrégularité et de leur illégitimité qui les empêcheraient de réclamer, ils constituent un public plus adapté à des employés en difficulté. L'AME est d'ailleurs perçue comme facile à traiter : il n'y aurait jamais de problèmes avec les assurés et ce sont toujours les mêmes pièces qui sont demandées, ce qui est bien plus rassurant pour les agents fragiles.

Pour Delphine, les entretiens AME sont bien balisés car la fiche entretien est un bon support pour eux, elle leur permet de vérifier qu'ils n'ont rien oublié. Elle précise : « *C'est plus facile pour les personnes revenant de maladie qui ne sont pas à l'aise. Sinon, tous les agents de l'accueil peuvent faire de l'AME, ils y sont tous formés. Philippe a peu de retours donc en plus c'est bien de le mettre à l'AME* ». (Journal de terrain, Centre des Pins, 31.03.10).

La préférence pour les demandeurs de l'AME s'explique ainsi également par les conditions de travail à l'accueil et la durée spécifique des entretiens AME. La conception du travail et des usagers se modifie à travers les articulations des différentes logiques, prenant parfois des sens complètement inédits et parfois même opposés à la première compréhension du phénomène.

Les rapports se redessinent alors en fonction des contraintes de travail, au-delà de la conception du travail ou des usagers.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons vu que les demandeurs de la CMU-C étaient particulièrement critiqués au guichet. Ils semblent ainsi cristalliser au sein des accueils les tensions dues à l'évolution du travail et la mise en place des indicateurs de productivité. Alors même que les agents imputent leurs mauvaises conditions de travail, le stress de l'accueil et la baisse de leur polyvalence à la surreprésentation des demandeurs de la CMU dans les accueils, ces évolutions s'expliquent par la baisse des effectifs, le développement des services téléphoniques et internet, l'injonction à la productivité et la spécialisation des services impliquant des délais de traitement de plus en plus longs, des retours de dossiers de CMU incessants et une incompréhension des usagers qui se sentent parfois le dos au mur, et obligés de taper du poing pour être entendus et obtenir une couverture maladie sans laquelle ils ne peuvent accéder aux soins.

La mise en place des services téléphoniques et internet dessine ainsi un accueil à deux vitesses de plus en plus présent dans de nombreux services publics où les « bons assurés », c'est-à-dire les assurés autonomes et ayant suffisamment de capital social et administratif pour gérer eux-mêmes leurs demandes sont orientés vers les services dématérialisés. Ces usagers gèrent eux-mêmes leur dossier sur internet, facilitant alors le travail des agents de l'assurance maladie, voire l'effectuant en partie (Dubois, 2010). Les « mauvais assurés » c'est-à-dire ceux qui ne permettent pas aux agents d'aller vite et de respecter leurs objectifs sont orientés vers les accueils, qui se retrouvent, du fait de leur organisation, à traiter de plus en plus les dossiers des personnes précaires. Les exigences de rendement ne permettent toutefois pas de traiter l'ensemble de ces demandes ni d'accorder du temps aux usagers. Elles réduisent également les tâches des agents jusqu'à les rendre très répétitives et peu intéressantes, aggravant les problèmes de communication et les tensions au guichet.

Ces conditions de travail peuvent affaiblir l'autorité des agents voire inverser le rapport de domination. Les différents statuts du personnel, tous assez peu valorisants, se construisent dans le cadre d'interactions ponctuelles mais répétées qui, petit à petit, peuvent venir structurer une relation de pouvoir déjà fragile avec les assurés : les agents n'ont pas toujours le dessus alors que tout, à première vue, semble en leur faveur dans la relation (position derrière le guichet, détention du savoir, un certain pouvoir de décision, la maîtrise de la

langue et des règles, le statut de travailleur face aux « assistés »). Cette relation de pouvoir très fragile peut ainsi être remise en cause à chaque moment et est susceptible de se renverser en fonction de chaque interaction. D'autant plus que l'interprétation des règles est complexe et constitue parfois plus une source de stress qu'une marge de manœuvre. Les éléments qui sont perçus comme jouant en faveur de l'agent (marge de manœuvre, position de dominant) ne sont ainsi pas toujours des arguments d'autorité, mais bien également des facteurs de stress et de souffrance pour eux.

La position de dominant du guichetier ne peut dès lors être tenue pour définitivement acquise. Elle fait au contraire l'objet d'enjeux de réappropriation. Les guichetiers mettent en place des stratégies pour la restaurer. Et les usagers pour l'inverser. On peut ainsi voir les relations de guichet comme une lutte constante pour renverser l'asymétrie de la relation, qu'elle soit favorable à l'agent ou à l'usager : l'usager essaie de renvoyer l'agent à un rapport de subordonné, tandis que ce dernier tente d'instaurer une forte relation de domination pour contrecarrer ces attaques.

A travers leur préférence pour les usagers de l'AME, c'est aussi une autre forme de travail et de relation de guichet que défendent les agents : une interaction qui ne se réduit pas à une relation de servitude (Jeantet, 2003), mais plutôt une relation d'aide qui valorise leur rôle et donne un sens à leur travail. Cette relation, en leur laissant du temps, leur permet de développer des savoir-faire professionnels et d'obtenir de la reconnaissance de la part des usagers. Les entretiens AME et les temps qui leur sont dévolus sont ainsi utilisés comme des ressources par les agents, comme des moyens de gagner en estime de soi et de retrouver ou développer des savoir-faire.

Ces relations apportent à la fois reconnaissance personnelle et professionnelle aux agents tout en valorisant leur travail (et tout en leur permettant de tenir les délais et ainsi d'être bien notés). Le bénéficiaire de l'AME, étranger, sans-papier, avec de faibles ressources et en situation particulièrement précaire remplit finalement parfaitement ce rôle, sa position d'assisté l'obligeant à être reconnaissant.

Au final, ce n'est cependant pas une relation de service public qu'instaurent les « pragmatiques » avec les demandeurs de l'AME, mais plutôt une relation d'aide plus proche de la charité. Cette relation est complètement opposée à la mission initiale des agents de l'Assurance maladie, qu'ils défendent pourtant à d'autres moments : être au service des travailleurs et de leur famille, et défendre un système d'assurance universelle plutôt que la multiplication des politiques ciblées visant à lutter uniquement contre la pauvreté.

<p>CHAPITRE 9 : AU DEPARTEMENT DE L'ACCES AUX DROITS. QUAND LE SOUPÇON DE FRAUDE SERT LA PRODUCTIVITE ET RETARDE L'OBTENTION DE L'AME</p>
--

Dans ce chapitre, nous allons revenir sur les effets de la demande de productivité sur l'instruction des dossiers d'AME. Nous avons vu dans le chapitre précédent que la réorganisation du travail modifiait le sens que les agents donnent à leur métier et le prestige qu'ils peuvent en tirer. Nous avons également montré auparavant que les demandeurs de l'AME n'étaient pas délégitimés dans la caisse en tant qu'étrangers en situation irrégulière, mais qu'ils pouvaient l'être en tant que « mauvais pauvres » ou « touristes médicaux », et que les agents étaient poussés à adopter une logique de soupçon, mais aussi d'ouverture de droits, dans la réalisation de leur travail. Comment ces logiques interfèrent-elles alors sur leur travail ? Comment les agents, mais également les responsables, s'en saisissent-ils ? Quelles conséquences ces logiques peuvent-elles avoir sur l'accès aux droits et aux soins des demandeurs de l'AME ? Voilà les questions auxquelles nous allons tâcher de répondre dans ce chapitre.

Pour cela, nous allons nous intéresser aux effets de l'injonction à la productivité sur le travail d'instruction, et à la manière dont elle s'articule avec les logiques de soupçon de fraude et la fibre sociale. Nous verrons que cette course à la productivité modifie le contenu du travail des agents du département de l'accès aux soins (instructeurs, cadres experts et responsables) dans un sens plus gestionnaire : la recherche de rendement devient ainsi le but à atteindre pour tous. Et l'interprétation des règles y est mise à contribution.

Nous verrons ainsi dans un premier temps que le travail au service AME n'est pas basé sur des qualités professionnelles. L'évolution incessante des lois et la confusion que cela entraîne les empêche de construire une compétence réglementaire. Les procédures instaurées par leurs responsables pour accroître leur rendement limitent également leur autonomie et leur marge de manœuvre. Les agents ayant alors l'impression de n'être que de simples exécutants, certains cherchent à redonner du sens à leur travail en recourant notamment aux logiques d'interprétation véhiculées par la Caisse : le soupçon, le sens social ou la recherche de productivité. Nous aborderons ces stratégies dans un deuxième temps en insistant sur le fait que ces logiques doivent être considérés comme des ressources mobilisables par les agents plutôt que l'expression d'un pouvoir dominant. Dans un troisième temps, nous analyserons les stratégies mises en place par les responsables du département pour accroître la productivité de

leur service, et la manière dont elles-mêmes se saisissent de ces logiques. Nous reviendrons, dans un quatrième et dernier temps sur les conséquences de cette recherche de productivité sur l'accès à l'AME.

9.1 UN TRAVAIL SANS QUALITE

Les agents du service AME décrivent leurs tâches comme des activités assez peu qualifiées et qualifiantes. Situés assez bas dans la hiérarchie de la caisse et n'ayant pas ou très peu de possibilités d'évolution, ils semblent avoir très peu de compétences à faire valoir. Cette situation est accrue par la recherche de productivité et la spécificité de l'AME.

9.1.1 L'AME : UNE VOIE DE GARAGE

L'AME procède d'une réglementation à part, par conséquent les gestionnaires de ces dossiers n'ont pas à avoir la même formation généraliste que les autres agents de la caisse – cette formation qui leur permet d'user et de valoriser une compétence réglementaire à travers laquelle ils définissent leur métier.

Contrairement aux autres agents de la caisse, les agents de l'AME n'ont pas forcément été formés avant de commencer à travailler. Comme nous l'avons vu, les agents de l'accueil alternent apprentissage réglementaire et application sur le terrain pendant plusieurs mois. Rien de tout cela au service AME. Les agents directement recrutés pour travailler dans ce service ne suivent aucune formation préalable, mais apprennent sur le tas. La réglementation de l'AME est présentée comme quelque chose d'assez basique : quatre conditions à vérifier : identité, irrégularité, ressources, résidence et un nombre faible de textes à connaître et d'outils à utiliser.

Travailler au service AME n'est donc pas valorisé dans la caisse : tout d'abord, on y traite de dossiers d'aide sociale pour des étrangers en situation irrégulière à faible ressources (cela n'est pas perçu comme une noble cause), et ensuite y travailler ne permet pas vraiment d'évolution de carrière. En effet, les agents n'étant pas formés à la réglementation générale, ils ne sont absolument pas opérationnels s'ils souhaitent rejoindre un autre service. Or, dans une perspective de rendement, la caisse préfère embaucher des personnes qui le sont immédiatement. Les possibilités de promotion se limitent du coup au service AME, soit à deux postes de référents et un de cadre. Bien que la cadre actuelle, Nora, soit effectivement une ancienne gestionnaire de dossiers, promue après avoir été référente, les deux nouvelles

référentes embauchées lors de notre terrain viennent de l'accueil, alors même que des agents du service avaient postulé. Là encore le fait de venir du guichet est valorisé. De plus, recruter quelqu'un d'être extérieur au service permet aux responsables du département (qui ont décidé de cette embauche) de mieux gérer les agents, de mieux pouvoir s'imposer puisqu'il n'existe aucun lien amical entre les anciens et le nouveau, et de ne pas faire de favoritisme. Les réaffectations des agents AME après un congé maternité prolongée sont aussi assez représentatives de cette impossibilité de carrière : les agents n'étant plus titulaires de leur poste dans ces cas-là, ils sont réaffectés en fonction des besoins de la caisse (et de leur compétence) : Aurélie retourne ainsi au service courrier après son congé maternité prolongé, alors même qu'elle travaillait au service AME auparavant.

Les agents du service AME sont ainsi de niveau 3, avant-dernier échelon de la grille salariale. Les seuls agents à figurer en-dessous sont ceux du service courrier, qui ne sont pas non plus formés à la réglementation générale.

Parmi les seize agents du service, la plupart ont été soit directement embauchés à l'AME en CDD puis en CDI (6), soit proviennent du service courrier (2), soit sont entrés au service AME pour pouvoir quitter leur ancien service (6 pour l'accueil, 1 pour la plateforme téléphonique à cause d'un problème à l'oreille), soit sont arrivés à la suite d'une mutation (1). Une agent travaillait auparavant comme secrétaire d'un directeur et a été rétrogradée quand ce dernier a souhaité placer quelqu'un d'autre.

La moyenne d'âge du service, 28 ans, est une des plus faibles, ce dernier comprenant en effet beaucoup de nouveaux embauchés (le recrutement de CDD de temps en temps participent aussi à cette diminution). Les agents les plus âgés et qui ont le plus d'ancienneté sont ceux qui ont travaillé auparavant dans les accueils ou à la direction.

9.1.2 UNE FORMATION SUR LE TAS QUI NE VALORISE AUCUN SAVOIR-FAIRE PROFESSIONNEL

Les agents instructeurs de l'AME n'ont ainsi aucune formation à faire valoir. Nous pourrions penser qu'ils peuvent acquérir cette compétence dans l'exercice de leur métier, mais un ensemble de mécanismes les en empêche néanmoins dans la pratique.

9.1.2.1 UN EMPILEMENT DE TEXTES CONFUS

Les agents du service AME font tout d'abord face à un magma d'instructions et de sources de régulation : notes internes, didacticiels de la CNAMTS mais aussi de la CPAM et fiches techniques, dans lequel il leur est difficile de se retrouver, ces différentes sources pouvant également se contredire. Comme, de plus, elles s'intéressent souvent à un point précis de la réglementation ou à des cas particuliers, elles ne permettent pas d'avoir une vision générale de l'ensemble de la réglementation en matière de CMU ou d'AME (l'objectif de notre stage était d'ailleurs de fabriquer un document offrant cette vision).

Dénicher l'information nécessaire dans cet empilement est d'autant plus complexe que, pour accéder à une note, les agents doivent la rechercher sur l'Intranet à l'aide de mots-clés. En effet, dans une politique de restriction des coûts et de respect de l'écologie, la direction leur a demandé d'éviter au maximum les impressions. Les notes étant toutefois mal référencées, et la plupart inaccessibles en utilisant les termes « AME » ou « CMU », il est difficile de « trouver » rapidement la règle appropriée. Or, la demande de rendement ne leur permet pas de passer du temps à la chercher. S'ils le font, ils n'atteindront pas le nombre de dossiers à traiter chaque jour. La quantité étant plus évaluée que la qualité, l'agent favorise alors le rendement plutôt que la recherche de notes d'instruction, comme l'explique Charles :

« On nous dit de lire les notes sur Intranet, mais aussi de faire du chiffre, on ne peut pas faire les deux ! » (Journal de terrain, Service AME, 07.05.08).

Le fait de donner des instructions orales et provisoires (cf. chapitre quatre) augmente ce sentiment de confusion, d'autant plus qu'elles ne sont en général communiquées qu'à certains agents, ceux qui se trouvaient là au bon moment. Nadine, Corine ou Nora font ainsi anticiper à certains gestionnaires de dossiers, venus leur poser une question, l'application de futures règles, sans en informer les autres, semant alors le trouble parmi eux, lorsque par la suite ils se rendent compte qu'ils n'appliquent pas les mêmes instructions.

A propos d'un dossier, je pars demander à Corine s'il faut le retourner lorsque la personne a précisé « aide alimentaire » ou « petits boulots ». Elle me répond que si la case famille n'est pas barrée, il faut le faire car « *ce n'est pas parce que c'est une aide d'une association qu'il n'y a pas d'obligés alimentaires* ». Elle me dit que comme le dossier est envoyé par une assistante sociale, on peut appeler cette dernière pour savoir si la personne a de la famille en France. Quand Nora reprend mes dossiers pour les superviser, je lui explique que Corine voulait que je retourne tous ceux où la famille n'était pas précisée et la case non barrée. Je lui raconte

également qu'elle m'a dit d'appeler l'assistante sociale. Nora s'exclame : « *Ah carrément !* ». Elle n'est pas d'accord, trouvant que cela n'est pas clair. Il y a eu une instruction, mais il n'y a pas eu de rappel depuis. De plus, cela reviendrait à retourner tous les dossiers. Par conséquent, elle me dit de ne pas suivre les conseils de Corine et de le traiter comme s'il était complet. (Journal de terrain, 13.03.09).

Corine me fait ici appliquer des règles qu'elle ne rendra officielles que quatre mois plus tard. Anticiper leur mise en place, mais aussi les contredire, donne une impression de totale improvisation dans leur transmission. Il en va de même lorsque les responsables organisent une réunion de service en plein milieu des vacances d'été, en disant aux agents qu'il n'est pas nécessaire de noter les points abordés, mais en leur demandant de les appliquer immédiatement alors que le compte-rendu n'a pas encore été rédigé et que la moitié du service est absente. Certains appliquent alors une directive parce qu'ils en sont les seuls informés, tandis que d'autres l'ignorent ou la négligent. Plus personne ne sait, à force, quelle règle suivre ni comment, ce qui engendre un sentiment d'insécurité juridique.

Cette confusion est accrue par le fait que la réglementation de l'AME évolue sans cesse : la loi est fréquemment réformée, les conditions à remplir ou les justificatifs demandés ne sont alors plus les mêmes. Plus l'administration crée de sous-catégories, de droits accordés à une population spécifique ou de mesures à lui appliquer, plus les agents se retrouvent dans une situation confuse. La réglementation devient alors un dédale de textes dans lequel les agents se perdent.

A propos des nombreux changements de loi concernant les Roumains, Charles me dit : « *On n'a rien compris ! On leur refusait à la fois la CMU et l'AME, mais on ne savait pas expliquer pourquoi. Quand les assistantes sociales appelaient, on ne savait pas quoi leur répondre. Cela a été tout un micmac avec les textes* ». (Journal de terrain, 18.06.08).

Ces difficultés s'expliquent aussi par la recherche de productivité qui s'impose au service expert. Comme on l'a vu ses agents ont également une activité de valorisation de la productivité du service et une activité statistique. Elles doivent ainsi élaborer des graphiques pour mettre en avant le bon rendement du service AME. De plus, elles doivent continuellement faire face à des innovations en matière de législation, alors qu'elles ne sont que deux pour retranscrire l'ensemble de ces règles. Face à toutes ces nouveautés et cette double activité, des choix s'imposent. On met ainsi à jour, prioritairement, les notes d'instruction concernant des cas précis ou la CMU, tandis que la note d'instruction de l'AME

publiée en 2006 ne l'est qu'en 2009, alors même que la réglementation a largement changé entre temps. Les agents instructeurs n'ont alors aucun texte sur lequel s'appuyer ou alors divers textes allant dans des sens contraires. Ils sont ainsi obligés de s'en remettre aux règles orales que leur donnent leurs responsables.

9.1.2.2 UNE COMPETENCE REGLEMENTAIRE FAIBLE

Les réunions de service, lors desquelles peuvent être éclaircis des points posant problème et qui permettent la rédaction d'un compte-rendu, sont rares. Lors de mon deuxième terrain, Nora met ainsi six mois à obtenir la tenue d'une telle réunion pour les agents en charge des dossiers d'AME. Le manque d'instructions écrites et leur dilution l'obligent à se couvrir et se justifier à la fois auprès de ses responsables et de ses agents.

Elle passe ainsi souvent des heures à rechercher quelle note précisait telle directive. Les agents, se référant peu aux règles écrites, et l'organisation du travail et de la gestion des dossiers fonctionnant de manière routinière, les agents appliquent et transmettent des principes dont ils ne connaissent bien souvent pas l'origine. La multiplicité des textes et des sources de régulation ne leur simplifie pas la tâche, les réformes de l'AME non plus. Nora, qui travaille au service AME depuis son ouverture, a ainsi vu défiler un nombre important de modifications. Chercher la référence pour pouvoir la citer lui permet de prouver sa compétence – elle ne fait pas n'importe quoi, c'est écrit – mais aussi de se positionner en figure d'autorité : elle n'invente pas et n'est pas bête, mais l'a bien lu à tel endroit et connaît son travail. Cela lui permet de confirmer ses propos et sa compétence professionnelle lors de discussions avec les responsables qui n'hésitent pas à mettre en doute sa parole, et ainsi de se couvrir.

Quand elle s'aperçoit qu'il y a des ambiguïtés dans l'interprétation des règles, elle fait des points d'information au sein du service AME avec ceux qui sont présents à ce moment-là. Ces points sont malheureusement faits à la va-vite, alors que les agents ne sont pas concentrés, parce qu'ils traitent un dossier et ne s'attendent pas à obtenir des instructions. Ils n'ont pas forcément non plus de quoi noter sous la main. Les nouveaux éléments ne sont pas forcément repris le lendemain : le service devant fonctionner, les agents continuent le cours normal de leurs activités. Nora, quant à elle, passe à autre chose : recherche d'une autre règle, réorganisation des pôles et distribution des dossiers pour accroître la productivité du service, car les hésitations sont aussi mauvaises pour le rendement. Les dossiers des refus pour dépassement de ressources qui s'entassent et qui ne peuvent être envoyés parce que l'outil

ressources n'a pas été mis à jour depuis le 1^{er} juillet posent ainsi problème : « *A force de traîner cela risque de tout déséquilibrer au moment où on pourra les envoyer et de nous faire du solde* » explique Nora¹⁶⁹.

Ne pouvant mettre en place, de son propre chef, une réunion, elle cherche ainsi à tenir les deux pôles de sa position : d'un côté, maintenir de bonnes relations avec ses supérieures hiérarchiques, et de l'autre, apporter des réponses à ses agents pour que le service tourne correctement. Pour cela, elle passe régulièrement au service expert afin d'obtenir des informations sur l'interprétation des règles et la manière de les appliquer. Son bureau étant, de plus, situé au sein du service AME, elle a quotidiennement affaire aux agents et à leurs questionnements. C'est cette pression, que les responsables du département ne ressentent pas forcément (contrairement à Nora, elles n'ont jamais travaillé au service AME), qui l'oblige à insister auprès de ces dernières pour obtenir une information. Sans cela, elle ne peut pas répondre à ses agents et passe alors pour une responsable incompétente.

Agacée contre Corine et le fait qu'elle n'arrive pas à obtenir de réponse de sa part et à organiser une réunion de service, Nora me confie : « *Corine ne se bouge pas les fesses pour obtenir une instruction et ne tranche jamais. Le dossier des retraités traîne depuis deux ans sur mon bureau, tout ça parce qu'elle n'a pas été capable de prendre une décision en attendant une réponse de la CNAMTS. Résultat, les dossiers sont en train de pourrir sur mon bureau ! Je n'aime pas quand elle me donne une instruction et change d'avis cinq minutes après ! Ensuite j'ai l'air d'une conne devant les agents* ». (Journal de terrain, service AME, 29.07.09)

En tant que responsable du service AME, elle se doit de connaître la réglementation et de bien la faire appliquer à ses agents, ce qui n'est pas si facile car elle dépend des décisions des cadres expertes. Comme elle le rappelle, son rôle consiste à faire appliquer et non pas à décider de la lecture à faire des règles :

« *Parfois Nadine et Corine parlent de règles avec le service expert mais ne me disent rien. Après, elles arrivent au service AME et s'étonnent : « Comment se fait-il que vous ne fassiez pas cela ?! », alors qu'on n'a pas été mis au courant ! On n'est pas juriste ! Un texte, on peut l'appliquer de manières très différentes. C'est le rôle de l'assistance de l'interpréter, nous on ne peut pas savoir* ». (Journal de terrain, Service AME, 20.05.08)

169 Journal de terrain, 29.07.09.

S'en remettre à l'écrit est alors la meilleure de ses défenses. Elle est d'ailleurs ravie. Elle estime que la manière dont les responsables décident des règles ne lui permet d'ailleurs pas de bien remplir sa mission et la met en difficulté face à ses agents, face aux institutions de contrôle et dans son rôle de responsable.

« Si on a un contrôle de l'IGAS, je ne suis pas sûre qu'on le passe. L'IGAS va nous demander : "Mais pourquoi vous faites ça ?!". Si tu l'incorpores au passeport, au moins on aura une trace, une instruction sur laquelle s'appuyer ».

(Nora, Journal de terrain, Service AME, 20.05.08)

Elle a ainsi très peur d'un contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) car elle n'est pas sûre que le service applique bien la loi : certaines procédures découlent d'une logique interne mais ne sont inscrites nulle part, c'est pourquoi elle est ravie de mon travail et de « tous les lièvres que [je] soulève ! »¹⁷⁰.

9.1.3 RECOURIR À UNE « LOGIQUE PERSONNELLE »

Souvent perdus face aux règles, les agents, comme leurs responsables, s'en remettent alors à un certain « sens pratique » (Spire, 2007) pour pouvoir instruire les dossiers. Ce dernier repose sur une « logique » que construisent les agents en fonction de leur propre expérience du quotidien.

Certains acceptent ainsi certaines factures comme justificatifs de stabilité car, lorsqu'ils ont fait les mêmes achats, le vendeur leur a demandé leur pièce d'identité. Ces factures prouvent donc, selon eux, que la personne était bien présente en France à ce moment-là. D'autres vont s'interroger sur le fait de refuser l'AME à des étrangers au prétexte qu'ils ont un visa et donc une assurance car ils ont entendu dire que cette dernière n'était valable que trois mois et non pas pour la totalité de la période couverte par les dates extrêmes du visa.

Ces logiques se répandent ensuite à l'ensemble du service, les agents échangeant sur leurs doutes et leurs pratiques quand ils se questionnent sur un dossier, mettant ainsi en place une sorte de jurisprudence.

Au pôle quatre, Françoise demande à Georgette si elle peut prendre une amende de la SNCF comme preuve de stabilité. Après avoir acquiescé – « *Oui, car c'est la SNCF* » – Georgette lui dit d'aller tout de même demander à la référente. Elle s'exécute puis revient et raconte : « *Elle a hésité car sa fille a reçu une amende*

170 Journal de terrain, 21.04.09.

alors que ce n'était pas elle qui avait fraudé mais apparemment, maintenant ils demandent la carte d'identité, donc on peut l'accepter ». (Journal de terrain, 21.07.09).

C'est alors une logique commune au département qui se répand, ce qui explique que des caisses puissent être plus « souples » que d'autres quant à l'application de certaines conditions et que les documents exigés ne soient pas forcément les mêmes d'un département à l'autre.

La nécessité de s'en remettre à « sa » logique pour interpréter les textes et instruire les dossiers est clairement assumée par les agents du service AME et notamment par Nora qui véhicule cette idée auprès de ses subordonnés.

Je vais poser quelques questions à Nora à propos des nouvelles consignes qu'elle a données à la réunion pour m'assurer que je les ai bien comprises. Je reviens sur l'histoire des factures EDF et quittances de loyer¹⁷¹ : elle m'explique que si la facture EDF est au nom du demandeur « *rien ne laisse présager qu'il est vraiment chez lui* », c'est-à-dire qu'il soit locataire : il se peut qu'il soit en fait hébergé. Elle m'explique que, « *pour en avoir le cœur net* », il faut lui renvoyer son dossier en lui demandant de se présenter au guichet pour que les agents puissent vérifier la situation. Quand je demande pourquoi cela a changé, elle me répond que c'est Corine qui en a décidé ainsi. Je demande où cela était marqué et de quels documents elle s'est inspirée. Nora me répond : « *Il n'y a pas de notes, ces procédures particulières sont définies dans une certaine logique. L'AME c'est beaucoup de logique. Là, c'est le PV de la réunion qui vaut pour instruction car ce sont des cas particuliers, des aspects de la réglementation qui y sont développés* ». (Journal de terrain, 30.07.09).

Au fur et à mesure de ma formation, l'argument de la logique revient à plusieurs reprises, que ce soit pour décider de la validité d'un justificatif de résidence, d'une preuve d'« irrégularité » ou encore pour estimer qu'il y a ou non incohérence entre le montant des ressources déclarées et celui des dépenses attestées.

Je traite un dossier d'AME. Comme preuve d'identité il y a une demande d'asile déposée le 09.09.08 avec un rendez-vous en préfecture le 26.09.08. J'en parle à

171 Lorsque le demandeur est hébergé, l'agent ajoute un « forfait logement » à la somme de ses ressources, ce qui peut avoir pour conséquence de l'exclure de l'AME pour dépassement du plafond de ressources s'il se trouve à la limite, si par exemple il déclare 650 euros mais est hébergé. Bien vérifier que la personne est ou non hébergée peut ainsi avoir d'importantes implications sur l'octroi de l'AME. Alors qu'auparavant, les agents partaient du principe que si le demandeur avait une facture d'électricité ou de gaz ou une quittance de loyer à son nom, cela prouvait qu'il était locataire, ils estiment désormais que cela n'est pas suffisant et qu'il faut « creuser » davantage pour bien connaître sa situation.

Aurélië, à qui je soumetts l'idée que la dame a peut-être obtenu un titre de séjour suite à ce rendez-vous. Aurélië me conseille de retourner le dossier pour lui demander des pièces complémentaires pour s'assurer qu'elle est bien en situation irrégulière. J'en parle à Nora. Pour elle, le document est quand même vieux. Elle m'explique : « *On peut préjuger que la personne aurait fait une demande de CMU si elle était en situation régulière. De plus, la dame est passée par un entretien AME à l'accueil, on peut donc préjuger que le PSA a dû lui poser la question* ». Nora compte le nombre de mois écoulés depuis septembre : cinq. Elle me dit qu'il faut traiter le dossier, sinon cela lèse la personne. Puis elle hésite et dit qu'il faut demander l'avis du service expert. Finalement, elle va se renseigner auprès de Corine. Plus tard, Nora me dira que la durée de validité d'une pièce n'est pas définie, que Corine avait parlé de six mois, mais que ce n'est pas établi par les textes et qu'il faut donc se référer à une logique. (Journal de terrain, 04.03.09).

C'est ainsi une logique personnelle qui est valorisée plutôt qu'une compétence réglementaire. Toutes les logiques des agents ne se valent néanmoins pas : tandis que celles des référentes, des responsables ou de la délégataire de l'agent comptable ne sont pas remises en cause car elles ont le dernier mot, celles des agents, dont les dossiers sont contrôlés, peuvent être discutées.

N'ayant aucun autre justificatif valable dans le dossier que je suis en train de traiter, je demande à Nadine si une attestation de contrat d'électricité au nom de l'hébergeant peut servir de preuve de stabilité. Elle l'ignore et me dit de poser la question à Corine : « *C'est son domaine* ». Pour Corine, on n'a pas à en tenir compte : dans la liste des pièces justificatives recevables, il est spécifié « *facture d'électricité* » et ce n'en est pas une. Comme j'ai entendu Anne-Marie, la référente, dire qu'on pouvait l'accepter puisque c'est un document d'EDF, j'en fais part à Corine. Elle hésite alors et m'envoie consulter Carmen. Celle-ci est du même avis qu'Anne-Marie. Elle estime même que la présence en France est prouvée à partir de la date du contrat, pas seulement à partir de celle de l'attestation, et qu'on devrait pouvoir faire partir les droits à l'AME depuis le début de l'abonnement puisque c'est ce qui se passe avec une facture EDF d'il y a six mois. Je retourne alors voir Corine. Volte-face complète : si Carmen est d'accord, pas de problème ! Quand Carmen apprend que son opinion prime, elle me demande si je partage son raisonnement. « *Tout à fait, mais la logique de Corine était de se référer à la liste des pièces justificatives et le contrat ne figurait*

pas dessus ». Carmen semble alors douter : « *Ah oui... facture...* ». Je la coupe, de peur qu'elle change de décision : « *Non, mais Corine a dit qu'elle te suivait, c'est bon...* ». La question est réglée. (Journal de terrain, 17.03.09).

Ce sont ainsi les logiques des agents décisionnaires, voire même contrôleurs, plutôt que celles des agents instructeurs qui s'imposent.

9.1.4 LA MARGE DE MANŒUVRE : UNE CONTRAINTE PLUTÔT QU'UNE RESSOURCE

De nombreuses études ont montré que la multiplication des règles et sources de régulation accordait aux agents une plus grande marge de manœuvre, leur permettant de choisir d'appliquer un texte plutôt qu'un autre (Spire, 2005a et 2005b). Cette liberté d'action n'est toutefois pas toujours vécue comme un avantage ou une source de pouvoir par les agents. Elle peut être, au contraire, perçue comme une source de stress et de tensions qui les met dans des positions inconfortables et remet en cause leur autorité ou leur compétence, accroissant encore plus leur insécurité juridique.

Les changements incessants, qu'ils soient dus à des réformes au niveau macro ou aux hésitations des responsables, posent problème en brouillant les repères et la routine de travail des agents. Ils se sentent perdus face à ce magma de règles évoluant sans cesse. A force, les agents ne savent plus quelle règle appliquer, et l'instruction d'un dossier – qui porte seulement sur l'étude de trois conditions au départ – devient de plus en plus complexe. Tout élément peut alors se révéler un vrai casse-tête, mettant l'agent dans l'incapacité d'exécuter sa mission.

Charles m'explique que lorsqu'il a été embauché au service AME, les demandeurs devaient fournir des justificatifs de plus de six mois et moins d'un an. Ensuite, il a été admis des documents de moins de six mois, puis finalement de plus de trois mois et moins d'un an : « *On commence à appliquer la condition de moins de six mois, on prend l'habitude, et puis ça redevient comme avant. Le problème avec l'AME, c'est que cela change tout le temps !* ». Il m'explique que cela pose des problèmes quand ils ont du retard dans l'instruction des dossiers ou que ces derniers font l'objet de retours : « *Quand on traite un dossier trois mois après qu'il a été envoyé et que le droit a changé entre temps, on doit appliquer la règle qui existait au moment où on a reçu la demande, même si cela a changé entre temps. Cela nous demande un travail de mémoire important. Parfois, même*

Carmen est perdue et vient nous voir pour savoir quelle était la règle applicable à cette époque ». (Journal de terrain, 18.06.08).

Le flou des règles stresse les agents qui se sentent fragilisés par ces conditions de travail : on leur demande d'appliquer des textes sans faire d'erreur, mais on ne leur en donne pas vraiment les moyens. Les changements incessants et surtout la diffusion floue des instructions les placent dans une position périlleuse, leur laissant peu de chances de « bien faire » et de ne pas se tromper. Ils ont ainsi l'impression d'être poussés à la faute :

Carmen rapporte un dossier à Marie en lui indiquant qu'elle s'est trompée dans le calcul des ressources car elle n'a pas pris en compte le montant déclaré comme « aide de la famille ». Carmen explique que c'est uniquement quand ce sont les parents qui donnent de l'agent qu'il ne faut pas prendre en compte cette somme car eux sont obligés alimentaires mais pas les autres. Désormais, quand le demandeur a barré la case « membres de votre famille habitant en France à une adresse différente de la vôtre (père, mère, enfants) », on considère que l'aide ne vient pas d'eux et qu'elle est donc apportée par des personnes qui ne sont pas des obligés alimentaires. « *Normalement le statut de la personne qui fournit les ressources devrait être précisé, mais comme c'est rarement le cas, on a opté pour cette solution sinon on retournerait la majorité des dossiers* » précise Carmen. Marie s'énerve quand Carmen lui explique cela. Elle est furieuse qu'on lui retourne son dossier, alors qu'elle appliquait la règle qu'on lui avait donné : « *Je ne sais plus sur quel pied danser ! Ça change tout le temps ! On a des nouveautés toutes les semaines !* ». (Journal de terrain, Service AME, 24.06.08).

Dans ce cas-là, Marie reproche à sa hiérarchie de la pénaliser sur une application dont elle n'a pas été informée. Une autre fois, c'est la transmission orale des règles qui lui complique la tâche : les instructions étant simplement énoncées et non rédigées, les agents peuvent mal comprendre les changements à mettre en place.

Au service AME, Marie vient d'éditer un refus lié à la condition de ressources pour toute une famille. Elle me dit qu'elle n'aime pas cela, d'autant qu'elle en a fait plusieurs aujourd'hui. Chloé, maussade, raconte qu'elle n'a également adressé que des retours aujourd'hui. Je rebondis : « *Oui mais tu as quand même pris les enfants mineurs* », sous-entendant que c'est moins grave puisque le refus concerne moins de monde. Elle me répond que non puisque ce sont des refus pour dépassement du plafond de ressources. J'objecte : « *Mais même pour les refus ressources, il faut les prendre, c'est ce que Nora a expliqué à la réunion hier* ».

Elle s'étonne : « *Elle n'a jamais dit cela !* » et prend Souad à témoin. Elle non plus ne le fait pas et n'a pas compris hier la même chose que moi. Je vais demander confirmation à Nora et reviens leur dire qu'il faut bien prendre en charge les enfants même pour les « refus ressources ». J'ajoute que l'explication n'était pas très claire la veille, ce qui explique leur méprise. Marie me reprend : « *Ce n'est pas nous qui n'avons pas compris mais Nora qui n'en a pas parlé* ». Intriguée, Souad fouille dans la bibliothèque des courriers AME. Elle découvre alors qu'il existe un refus spécial pour les enfants mineurs dont elle ne s'est jamais servie : elle a toujours envoyé un refus normal. Marie regarde à son tour dans sa bibliothèque informatique et se rend compte qu'elle n'a pas ces refus. Elle est furieuse : « *Cela m'énerve, on a toujours les infos au compte-gouttes !* ». Je lui demande si elle est ennuyée à cause de son taux d'erreur. Elle me répond que non, qu'elle aimerait bien faire son travail correctement mais que si on ne lui donne pas les informations et les bons documents, cela ne risque pas d'arriver. Elle est agacée de devoir appliquer les instructions données hier alors que le compte-rendu de la réunion n'a pas été publié. Résultat, chacun se débrouille avec ses notes et ce qu'il a compris et retenu : « *En plus, cela allait vraiment très vite hier, c'était très dur de prendre des notes. Corine nous a dit que ce n'était pas la peine de le faire, qu'il y aurait le compte-rendu, mais comme elles nous ont demandé d'appliquer tout de suite... Heureusement qu'on a pris des notes pour s'en souvenir !* ». Elle ajoute que d'habitude les réunions sont plus longues car elles ont lieu l'après-midi : il y a alors plus de temps pour les explications. Souad part demander aux autres ce qu'elles ont compris de la réglementation pour les mineurs. Chloé n'a pas entendu d'instructions là-dessus hier. Aurélie, elle, était informée avant même la réunion et l'appliquait depuis un petit moment. Cela remue beaucoup le service, les agents trouvant absolument anormal que seuls certains soient au courant. (Journal de terrain, 29.07.09).

En échangeant sur leurs dossiers, les agents s'aperçoivent qu'ils ne reçoivent pas les mêmes consignes et que l'un fait le contraire de l'autre. Même si la cadre du service laisse passer les deux interprétations, sachant très bien que tous ne sont pas au courant, les agents estiment ne pas tous recevoir le même traitement et y voient une forme de favoritisme. Surtout, ils se sentent pris en défaut de compétence : on leur reproche de ne pas avoir compris une règle énoncée et de ne pas être réactifs alors que, pour eux, cette règle n'était pas claire. Ils ne peuvent alors prouver qu'ils savent appliquer les textes et qu'ils exercent leur fonction dans le respect du droit. Ces flous et les enjeux professionnels qu'ils recouvrent les rendent méfiants

vis-à-vis de leurs responsables, car ils ont parfois l'impression qu'elles (et le fonctionnement de l'organisme) les placent dans une position d'incompétence où ils ne peuvent que se tromper, mal comprendre et donc mal faire leur travail.

Les problèmes informatiques peuvent amplifier ce sentiment, les agents étant contraints d'utiliser un certain type de documents officiels et formalisés, ce qui pose deux sortes de problèmes : d'abord, ces outils ne prennent pas toujours en compte l'ensemble des situations qui peuvent se présenter et ne permettent donc pas à l'agent de formuler une demande claire à l'utilisateur comme dans le cas d'un retour où tous les types de documents manquants ne se trouvent pas dans le tableau déroulant. Ensuite, ces outils ne sont pas toujours remis à jour au même moment en fonction des postes : les courriers types des agents partis en vacances ne sont ainsi pas modifiés avant qu'ils soient de retour. Ces méthodes peuvent engendrer des oublis, laissant les agents utiliser d'anciens formulaires :

Quand Marie dit à Nora qu'elle n'a pas les bons courriers, cette dernière est surprise : *« Ah bon ? ... Peut-être qu'on l'a installé quand tu n'étais pas là. Et comme je n'ai pas une mémoire d'éléphant, je ne peux pas me rappeler de qui n'était pas là quand on a donné telle instruction. C'est pour ça que Nadine ne veut plus qu'on fonctionne par clé USB »*. Marie trouve aberrant de faire une réunion fin juillet quand il manque la moitié du service : la moindre des choses serait d'informer les gens à leur retour : *« C'est vraiment mal fait cette façon de donner les instructions, cela mène à du grand n'importe quoi »*. (Journal de terrain, 29.07.09).

La transmission des règles au détour d'un couloir, lors d'une réunion de service où il manque la moitié des agents ou lors d'une entrevue rend ainsi la tâche des agents plus difficile et leur donne un sentiment d'insécurité d'autant plus grand qu'ils n'osent, ni ne peuvent, aller demander sans cesse des précisions à leurs responsables : ils risquent de passer pour des incompetents et d'être mal vus, voire mal évalués. De plus, prendre le temps de se rendre auprès d'elles pour leur demander des renseignements pèse aussi sur leur cadence et donc sur leur évaluation.

La diffusion inégale des règles peut alors redoubler les rapports de concurrence entre agents. Du fait des politiques de management de la Caisse, ils ont le sentiment d'être mis, parfois volontairement, en position difficile et de ne pas pouvoir compter sur leurs responsables. C'est seuls qu'ils doivent débrouiller l'écheveau des règles alors que le discours institutionnel met en avant le groupe : les augmentations sont délivrées au niveau du service, les responsables vantent le dynamisme des pôles et leurs effets positifs sur l'implication des

agents dans une dynamique de production. La diffusion individualisée des règles casse cependant ces dynamiques : les agents ne se sentent pas membres d'une équipe mais plutôt seuls face aux règles et aux responsables. Parler de leur compréhension des instructions avec leurs collègues leur permet toutefois de rompre cet isolement pour s'opposer, en tant que groupe, à la hiérarchie.

Méfiant vis-à-vis de leurs supérieures, les agents se couvrent par conséquent en n'acceptant finalement d'appliquer des règles orales qu'à condition que cela ne puisse leur nuire : c'est-à-dire soit quand la responsable a signé un papier (prouvant alors qu'elle a pris la décision) qui déresponsabilise l'agent, soit lorsque le dossier est ensuite validé par un supérieur (à condition que l'agent n'ait pas trop peur de voir son taux d'erreur augmenter) :

Marie traite une demande d'AME déposée par une Roumaine mineure enceinte. Le père étant majeur, il faudrait que la demande soit faite à son nom. Marie demande à Corine si elle peut mettre l'enfant et la mère (qui est sa concubine) sur le compte du père même si la mère est mineure. Corine répond par la négative : elle lui dit de faire deux attestations et qu'elle mettra la mère avec le père dès sa majorité. Problème : il n'y a pas de preuve de stabilité au nom du père. Corine lui dit d'utiliser celle de la mère (une ordonnance de prise de sang à son nom) pour le père. Quand Marie raconte cela à Elisabeth, cette dernière s'exclame : « *C'est n'importe quoi ! A ta place, je refuserais de le faire car cela risque de te retomber dessus plus tard* ». Marie, même si elle trouve absurde de procéder ainsi et estime que le dossier sera faux car on n'a aucune preuve de stabilité pour le père (« *Déjà, je trouve que prendre la facture au nom de l'hébergeant comme preuve de stabilité c'est n'importe quoi, mais là !* »), répond qu'elle veut bien le faire parce que Corine a signé le papier où elle a elle-même écrit les instructions. (Journal de terrain, 19.03.09).

La marge de manœuvre, à la fois réelle, mais également floue, représente ainsi plus souvent une source de stress, et donc une contrainte, plutôt qu'une ressource pour les agents, ces derniers ayant peur d'être pénalisés par l'interprétation qu'ils font des instructions.

9.2 DIFFÉRENTES POSTURES FACE AU TRAVAIL D'APPLICATION DES RÈGLES

Les agents n'ont pas tous le même rapport à la législation et à la non-valorisation d'un savoir-faire réglementaire au sein du service de l'AME. Parmi les agents instructeurs, nous avons observé des différences en fonction de leur ancienneté et de leur volonté d'obtenir des

promotions. Tous, par contre, regrettent un manque de sens dans leurs activités et l'application des règles. Du fait de la confusion des règles et de la recherche de productivité, ils ont en effet l'impression d'appliquer des instructions contradictoires, voire qui n'ont aucun sens. Nous allons revenir sur ce manque de sens avant de décliner les différents profils et les différentes ressources mises en place

9.2.1 UNE ACTIVITÉ QUI MANQUE DE SENS ET DE PERSPECTIVE

Ces changements fréquents de la réglementation et la confusion qu'ils provoquent désacralisent la notion de « règle » auprès des agents : transitoire, sans cesse mouvante, elle perd en légitimité au fur et à mesure du travail. Et ce, d'autant plus, qu'en parallèle, les responsables instaurent des règles de management qui leur semblent ridicules et leur paraissent aller à l'encontre des objectifs de productivité :

Après que Nora a expliqué les nouvelles mesures à mettre en place (retourner tout dossier dont la fiche entretien n'a pas été signée ou sur laquelle les initiales ou le nom de l'agent qui a fait passer l'entretien n'apparaissent pas, ou encore pour laquelle l'agent a coché la case « édition BDO » alors que l'impression n'a pas été jointe au dossier), les agents contestent un peu ces nouvelles pratiques les trouvant « *limites et injustes* » pour les demandeurs. Ils trouvent en plus que cela va faire beaucoup de retours inutiles. Magdalena commente : « *Plus on est à jour, plus ils nous reculent* » et ajoute : « *Bientôt il faudra faire un retour quand ils auront écrit au stylo bleu parce qu'il faut écrire au stylo noir* » (Journal de terrain, 03.06.09).

Ici les agents font référence au fait qu'il faut retourner les dossiers lorsque certaines cases ne sont pas remplies ou mêmes rayées, ce qu'ils trouvent stupide et très tatillon. L'objectif de ces mesures est de diminuer le solde du service (comme nous le verrons plus loin), mais pour les gestionnaires de dossiers cela apparaît plus comme des procédures qui leur rajoutent une charge de travail. Ils les considèrent d'autant plus idiotes qu'elles sont contraires à la mission de service public de la CPAM. Ils n'en comprennent donc pas l'intérêt, d'autant que ce dernier n'est jamais expliqué. Lorsqu'ils contestent, Nora leur répond que c'est Corine qui l'a décidé et qu'il faut donc les appliquer.

Avec la mise en place de ces règles le traitement du dossier est également de plus en plus mécanisé, et les agents perdent en expertise : ils ne doivent plus étudier le dossier (on ne leur en donne d'ailleurs pas les moyens en ne leur disant pas comment interpréter les règles et en

les changeant fréquemment), mais doivent se contenter de vérifier que la procédure a bien été respectée et que l'ensemble des cases a bien été rempli.

Ces règles managériales laissent ainsi de moins en moins de marge aux agents, alourdissent leur travail et le rendent de plus en plus mécanique et de moins en moins intéressant. Les agents doivent ainsi respecter un ordre chronologique dans l'instruction du dossier et sont incités à faire toute les recherches informatiques d'un coup pour l'ensemble des dossiers, plutôt que de s'occuper des demandes une par une. Les agents refusent ces conseils qui les privent de toute autonomie et les renvoient à une position de simple automate qui n'a aucune liberté, que ce soit en matière d'organisation du travail ou de décision. Ils n'ont pas non plus de marge d'autonomie dans la rédaction des décisions puisque tous les courriers (de refus, d'accord ou de retour) sont pré-rédigés. Ils n'ont ainsi qu'à le personnaliser en indiquant les noms, prénoms et adresses des personnes. Certains agents préfèrent d'ailleurs utiliser systématiquement le courrier libre de retour, estimant qu'ils peuvent y préciser exactement ce qu'ils veulent et individualiser ainsi un peu plus le dossier et leur action, au lieu de seulement cocher des cases.

Finalement, leur seule marge réside dans les retours, et les spécificités du dossier. Chercher les preuves, les défaillances, les ambiguïtés permet d'égayer le travail, de changer le quotidien. Lorsque les demandes comprennent seulement une preuve d'identité, une de stabilité et le montant des ressources, le dossier se traite vite, certes, mais de manière très mécanique et plutôt ennuyeuse. Le soupçon de fraude ou le sens social permettent ainsi de donner du piquant à l'affaire et de déjouer les tactiques des demandeurs, et tout cela en en prenant l'initiative, et non pas parce que c'est imposé par la caisse. Cette recherche d'aide ou de fraude est ainsi le seul moment où les agents sont un peu libres, leur seule marge de manœuvre. Elle permet aussi de donner un sens au travail

9.2.2 LES « ANCIENS » ET LES « NOUVEAUX » : DEUX APPROCHES DIFFÉRENTES DES RÈGLES

Les agents ne réagissent pas de la même manière face à ce manque de sens en fonction de leurs ambitions, leur âge et leurs diplômes. Nous pouvons distinguer deux catégories d'agents que nous avons nommés « les anciens » et « les nouveaux ». Les « anciens » sont ceux qui sont entrés à la caisse autour de l'âge de 15 ans, avec un niveau BEPC et qui, y ayant fait toute leur carrière, sont proches de la retraite et n'aspirent plus à aucune promotion. Les

« nouveaux » sont plus jeunes et ont été plus récemment embauchés. Ils ont un niveau d'étude Bac ou Bac + 2, et souhaitent évoluer au sein de la Caisse ou en dehors.

Ces deux catégories d'agents adoptent deux postures différentes face aux règles. Pour les « anciens », leur travail consiste à appliquer la réglementation un point c'est tout. Cette dernière n'est pas perçue comme procédant d'un travail de réflexion, mais plutôt d'une application pratique qui ne nécessite pas d'interrogations. Le travail intellectuel n'est ainsi ici pas du tout valorisé ou valorisable. Ces agents se considèrent comme de simples exécutants qui n'ont pas à réfléchir aux conséquences de la réglementation. Ils vont prendre leur retraite prochainement et attendent ainsi d'y arriver sans chercher à progresser dans la hiérarchie ou à obtenir l'assentiment de leurs responsables. Ces dernières les dépeignent comme des agents non malléables car trop âgés. Elles ne cherchent pas à tirer une trop grande productivité de leur part, estimant que cela n'est pas envisageable. Cette catégorie d'agents peut s'agacer de la confusion des règles et de leurs contradictions, ils ne cherchent pas pour autant à redonner un sens à leur travail.

Les « nouveaux » ont fait plus d'études. La plupart sont diplômés d'un Bac +2. Ils perçoivent davantage le travail d'instruction comme un travail intellectuel qui peut faire intervenir une réflexion et qui consiste, pour les agents, à mobiliser plusieurs textes ou réglementations pour faire évoluer le dossier. Ils cherchent également à progresser dans la hiérarchie que ce soit au sein du service AME ou en rejoignant d'autres services comme ceux de la CMU-C. Ils vont plus chercher à donner un sens à leur travail. Pour cela ils vont piocher dans les logiques d'appréhension des dossiers et des usagers disponibles au sein de l'Assurance maladie.

9.2.3 TROIS LOGIQUES

Pour trancher, les agents s'en remettent donc à leur expérience personnelle, mais l'idée qu'ils se font de leur mission intervient également. Or, nous avons vu qu'ils étaient poussés à intégrer un ethos à la fois gestionnaire, de gardien du système, mais aussi de service public dans l'idée de favoriser au maximum l'ouverture des droits et la protection des résidents. C'est ainsi à trois logiques que les agents peuvent recourir pour donner du sens à leur travail lorsqu'ils instruisent un dossier.

9.2.3.1 LA LOGIQUE DU SOUPÇON

La première logique est celle du soupçon. Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, elle est très présente dans la CPAM. Selon cette perception, le travail des agents consiste à sauver la Sécurité sociale en la préservant des abus. Elle repose sur une assimilation forte de l'ethos de l'Assurance maladie et du référentiel de maîtrise des dépenses de santé. Le travail des agents est ici présenté comme une mission sociale au service de l'ensemble de la communauté puisque la lutte contre les abus permet de sauvegarder le système.

Selon cette logique, les agents se doivent donc d'être particulièrement méticuleux afin de débusquer les fraudeurs. Leur rôle ne consiste ainsi pas uniquement à vérifier que toutes les conditions sont remplies, mais aussi à être vigilants quant à la nature des documents transmis et aux éléments qui pourraient démontrer une incohérence par rapport aux déclarations, que ce soit en matière de stabilité comme de ressources.

Quand les agents investissent cette logique, tout est interprété à l'aune du soupçon. Ainsi, lorsqu'un usager déclare ne pas résider en France et revenir uniquement pour bénéficier de l'AME, cela est directement assimilé à de la fraude qu'il faut signaler (pour éviter d'autres abus futurs) plutôt qu'à une méconnaissance du dispositif qu'il faudrait leur expliquer tout en leur refusant la prestation :

Nora est en train de signaler un cas de fraude au service spécialisé : une Moldave qui déclare résider en Moldavie mais revenir en France uniquement pour faire son renouvellement AME. Je remarque que la dame est honnête, qu'elle ne fraude pas vraiment, et lui demande pourquoi elle ne fait pas simplement un refus. : « *Parce que si on fait un refus, l'année prochaine elle risque de revenir et cette fois-ci elle ne dira pas qu'elle ne vient que pour faire son AME car elle aura compris qu'on va lui refuser* ». Elle rédige donc un rapport pour le service de lutte contre la fraude qui va faire une enquête pour vérifier qu'elle réside bien en Moldavie. « *Comme ça, l'année prochaine, si elle refait une demande, on aura une trace de cette histoire et on pourra faire attention* ». (Journal de terrain, 29.07.09).

A l'aune de cette logique, les règles de simplification administrative dues au statut particulier des étrangers en situation irrégulière et à la volonté politique de favoriser l'accès aux soins, sont perçues par les agents comme des « *failles* » potentielles qui peuvent rendre le système « *fraudogène* ». Selon la procédure, lorsqu'un demandeur déclare n'avoir aucun revenu, l'agent doit lui retourner son dossier en insistant pour obtenir un montant de ressources. Si le

demandeur renvoie le dossier en persistant à n'en déclarer aucune, l'agent doit l'accepter tel quel. Ce dispositif est particulièrement critiqué par ces agents.

Etudiant un dossier, Charles s'exclame : *« C'est un petit malin celui-là ! Je lui ai fait un retour pour ressources à zéro et là il me renvoie son dossier avec toujours les ressources à zéro et je suis obligé de le prendre. Il a compris le truc ! »*. (Journal de terrain, 15.06.09).

Ces « facilités » donnent un sens paradoxal à leur travail : ils ne comprennent pas pourquoi le ministère laisse passer des possibilités de fraude pareilles, alors qu'à côté de cela on leur demande de lutter contre la fraude. Pour eux, la réglementation ne va pas jusqu'au bout de sa logique. La question du sens de leur travail est alors redoublée. Cela les énerve d'autant plus que la législation, et leurs responsables, les « obligent » à accepter ces dossiers alors même qu'ils estiment cela injuste, ce qui les incite finalement à redoubler les contrôles et faire une application très stricte des règles dès qu'ils le peuvent.

Charles et Patricia, deux agents qui recourent particulièrement à la logique de soupçon, s'étonnent ainsi à plusieurs reprises de l'illogisme de l'AME et de la souplesse de certaines conditions ou procédures qui vont à l'encontre du référentiel de maîtrise des dépenses. Pour éviter des coûts trop onéreux et sauvegarder ainsi le système social français, ils veillent alors à ce qu'aucun abus ou détournement de la loi ne soit fait, mais aussi à ce que cette dernière ne soit pas trop laxiste en la matière et s'opposent à elle quand ils estiment qu'elle l'est.

Patricia traite le dossier d'un Espagnol. Sur la base informatique, il est noté que cet homme a un régime 701, ce qui signifie qu'il a une carte européenne d'Assurance maladie (CEAM). Elle part demander conseil aux référentes. Ces dernières lui expliquent que comme la CEAM a été délivrée depuis plus d'un an, le monsieur n'est plus couvert par l'assurance de son pays (la CEAM n'est valable qu'un an) et qu'elle peut donc lui délivrer l'AME. Patricia revient à son bureau et explique à ses collègues ce que l'on vient de lui dire. Elle trouve que ce n'est « pas normal » parce que la personne peut avoir l'AME, retourner en Espagne quand elle veut et profiter de la couverture maladie là-bas. Son pôle la soutient dans son interprétation. Elle refuse de lui attribuer l'AME. Elle repart donc voir les référentes pour défendre sa position. Elle ne s'autorise pas à effectuer un refus sans accord de sa hiérarchie sur ce point-là. Les référentes lui expliquent que comme la CEAM ne dure qu'un an, cela signifie que la personne n'a plus de droits en Espagne et qu'elle ne pourra pas se faire soigner là-bas. Elle peut donc

bénéficiaire de l'AME. Patricia revient à son bureau contente de « *comprendre sinon je ne peux pas avancer* ». (Journal de terrain, 07.05.09).

A travers cet exemple, nous voyons bien l'importance que la recherche de sens revêt dans ces actions. A partir du moment où Patricia comprend la logique de la démarche, elle n'y voit plus une possibilité de fraude et ne s'y oppose plus. Nous retrouvons ce même processus au service expert à propos de la prise en charge immédiate des mineurs par l'AME :

Comprenant que les mineurs étrangers peuvent bénéficier de l'AME dès leur arrivée sur le territoire, même si leurs parents n'en remplissent pas le critère de ressources, Martine s'exclame : « *C'est dégueu...c'est aberrant !* ». Elle ne comprend pas le raisonnement des ministres car d'un côté l'AME est de plus en plus restrictive, et là elle est très souple. Elle s'exclame, un peu paniquée : « *Ça veut dire que demain, tous les enfants du monde qui apprennent ça peuvent venir en France pour se faire soigner ! C'est la porte ouverte !* ». Marielle, la responsable du service CMU, acquiesce. Les deux me disent : « *Humainement c'est très bien, mais tu te rends compte de ce que ça va coûter !* ». Martine continue : « *Humainement c'est très bien, je ferais pareil mais je ne comprends pas que le gouvernement laisse passer ça* ». Elle trouve cela tellement illogique qu'elle recherche les textes de loi auxquels la Lettre-Réseau fait référence pour essayer de comprendre. Elle y trouve une explication : « *Ok, en fait c'est pour qu'au lieu d'être pris en charge par le budget des soins urgents et vitaux, ils le soient par celui de l'AME* ».

Là encore l'explication rationnelle est nécessaire pour casser l'opposition des agents et leur faire appliquer sans plus d'interrogations la réglementation. Lorsqu'aucune action de justification des règles n'est effectuée par les responsables, certains agents tentent de modifier les règles qu'ils trouvent dangereuses pour la pérennisation du système social, réclamant plus de logique et de justice. Lors d'une réunion de service, Patricia soulève ainsi la question des retours pour « ressources à zéro », estimant qu'il faudrait à nouveau insister lorsque le dossier revient tel quel plutôt que de l'accepter. De même, Charles propose qu'en cas de déclaration de ressources incohérentes, on puisse réclamer au demandeur de transmettre sa quittance de loyer :

« *Parce que parfois, ils paient des factures EDF ou de téléphone, en ont pour plus de 100 euros et déclarent 400 euros de ressources alors qu'ils ne sont pas hébergés. Si ça se trouve, ils en ont pour plus de 300 euros de loyer et on ne le sait pas et donc ils obtiennent l'AME alors que si on avait la preuve on leur ferait*

un refus direct. Ce n'est pas normal de ne pas demander ces documents et de les laisser aussi facilement mentir ». (Charles, Journal de terrain, service AME, 29.07.09)

C'est ainsi en se référant à leur logique que les agents vont contester certaines règles issues d'une autre logique, et qu'ils considèrent comme trop souples, puisqu'elles ne limitent pas vraiment l'accès à la prestation et permettent la venue de touristes médicaux, ceux justement qui coûtent cher au système.

Le soupçon de fraude peut aussi permettre aux agents de valoriser leur travail et de le professionnaliser. Lutter contre la fraude, quand il s'agit de chercher des indices dans le dossier, peut ainsi renforcer le rôle de « contrôleur » et le « pouvoir d'attribution » des agents chargés d'accorder une prestation conditionnée. Déjouer un abus est alors preuve d'une certaine expérience du métier et donc d'un certain savoir-faire. Plus qu'une expertise, la lutte contre la fraude peut également donner un sens à leur travail, au sens où, en endossant le rôle de « gardiens du système », en séparant le bon grain de l'ivraie, ils évitent des dépenses abusives au système social et permettent ainsi de le préserver. Le contrôle s'apparente alors à une mission sociale mais au niveau de l'ensemble de la société.

9.2.3.2 LA LOGIQUE SOCIALE

D'autres agents se réfèrent plus à une logique sociale. On a déjà vu apparaître cette logique, en opposition avec une attitude pragmatique recherchant le rendement, lors de la réception des demandeurs au guichet : ces agents considèrent que leur travail consiste à aider les usagers à obtenir la prestation à laquelle ils ont droit. Selon cette conception, le système est parfois injuste car trop rigide et aveugle, rejetant par exemple une demande d'AME pour un dépassement du plafond de ressources de quelques euros. Les agents essaient alors d'améliorer la situation de la personne et de lui éviter un refus qui ne prend pas en compte la réalité de sa vie. Ils estiment qu'on peut être un peu plus conciliant et qu'il est plus grave de se retrouver sans couverture et incapable de se soigner à cause de quelques euros de trop que d'« oublier » de prendre en compte quelques ressources.

Marie traite une demande d'AME. Le dossier est tamponné à deux dates : 16 juin et 14 juin, mais cette dernière est raturée (et c'est le cas sur plusieurs dossiers comme si l'agent n'avait tout d'abord pas mis la bonne date sur son tampon). Marie me dit : « *Ils ont dû se tromper* » mais conserve quand même la plus ancienne. Elle explique : « *J'avantage au maximum, si je peux lui permettre de*

l'avoir plus tôt ». En regardant le dossier, elle s'aperçoit qu'il a déjà été traité par le service AME qui lui a fait un retour en mai. Elle le refouille et voit qu'il y a une date tamponnée encore plus ancienne sur la photocopie de la carte d'identité. Du coup elle décide de partir de cette date pour ouvrir les droits, pour « *essayer d'arranger* » l'usager en cas de demande de rétroactivité. Elle passe ensuite à un dossier constitué par une assistante sociale. Elle m'explique : « *Dans ces cas-là, on prend la date à laquelle a été fait le dossier, et non pas celle de réception. Comme on sait que le dossier a été fait par une assistante sociale, on sait qu'elle va demander une rétroactivité, donc on essaie de l'arranger et de faire une rétroactivité tout de suite si l'on peut, plutôt que de refaire un dossier après* ». Le problème ici : la preuve fait courir les droits seulement à partir d'avril, du coup l'hospitalisation du mois de mars ne pourra pas être prise en compte. Comme la personne avait une AME auparavant (jusqu'en juillet 2007), Marie décide de regarder dans Image si elle n'a pas eu des soins entre mars et juillet. Ne trouvant rien, elle conclut : « *Donc malheureusement, je ne vais pas pouvoir prendre en charge l'hospitalisation* ». (Journal de terrain, 24.06.08).

Lorsqu'ils décrivent leur travail, ces agents en soulignent les aspects sociaux, comme le fait d'essayer de faciliter les choses au demandeur en lui renvoyant tous ses documents originaux pour qu'il puisse continuer à effectuer ses démarches administratives sans rencontrer de problème, alors que ces petits détails ne sont pas expliqués par des agents dont la priorité est de lutter contre les abus.

Alors qu'elle me montre comment instruire un dossier d'AME, Marie m'explique : « *Les pièces originales, on les retourne toujours. Quand ils nous ont envoyé leurs passeports ou carnets de santé, on leur demande de se présenter à l'accueil pour leur rendre car on ne peut pas envoyer en recommandé* ». (Journal de terrain, 24.06.08).

Ces agents plus « sociaux » s'opposent particulièrement aux règles managériales contraires à l'intérêt des usagers, comme le fait de leur retourner le dossier si la rubrique concernant les membres de la famille n'est pas remplie. Jugeant ces mesures ridicules et excessives, Aurélie nous explique qu'elle « *triche* » : elle barre elle-même la rubrique pour éviter les retours. Elle n'aime pas non plus l'outil ressources « *car tu peux avoir un refus pour un centime et tu ne peux rien faire*¹⁷² : *quand ils gagnent 1000 euros par mois ou plus ce n'est*

172 L'agent ne peut pas modifier la somme, vu qu'elle est notée sur le formulaire.

*pas grave car tu peux t'en sortir mais quand ils gagnent 700 euros... »*¹⁷³. Dans cette configuration, les outils informatiques sont effectivement perçus comme accentuant les injustices. « Se tromper » en faisant l'estimation n'est plus envisageable. La décision informatique qui s'affiche alors en gros et en rouge sur le formulaire qu'ils doivent éditer pour le contrôle : « refus ressources » les en empêche.

En complétant ou raturant certains dossiers, ces agents vont ainsi chercher à ne pas les bloquer pour des « broutilles », voire à faciliter l'obtention d'une prestation, estimant qu'il vaut mieux ne pas compter un petit salaire supplémentaire plutôt qu'effectuer un refus. Nora, quant à elle, s'insurge contre le fait de renvoyer les dossiers dont la fiche entretien (réalisée par les agents d'accueil) est mal remplie car elle estime que ce n'est pas la faute des demandeurs.

Dans cette conception sociale du métier, la véracité des propos du demandeur (quant à ses ressources ou sa durée de résidence ou son statut marital) n'est jamais questionnée. Le demandeur est perçu comme un vrai pauvre, une personne méritante : son honnêteté le dessert et il faut l'aider. Sa franchise est alors considérée comme un gage de sérieux et de responsabilité qui décharge cette personne du soupçon d'oisiveté.

9.2.3.3 LA LOGIQUE PRAGMATIQUE

A d'autres moments, les agents appréhendent les règles à appliquer de manière pragmatique en pensant en fait aux conséquences de leur instruction sur leur productivité. Dans ce cadre, les agents du service AME peuvent privilégier les dossiers qu'ils estiment les plus faciles à traiter. Par « facile », il faut comprendre « rapide ». Leur évaluation portant principalement sur la productivité quantitative plutôt que sur la qualité et la qualification des dossiers, c'est la question de la durée qui est la plus prise en compte par les agents. Dans ce cadre, ces derniers distinguent deux catégories de dossiers : ceux qui sont rapides à traiter car ils relèvent d'une demande simple (mise à jour et renouvellement) ou ont été déposés par des demandeurs rigoureux, et ceux qui sont compliqués (c'est-à-dire qui demandent du temps) car ils sont l'objet d'une procédure complexe.

Certaines procédures, qui permettent d'aller vite comme les « refus implicites », sont ainsi particulièrement appréciées par les agents pour cet aspect :

173 Journal de terrain, 30.07.09.

Marie-France demande un conseil à Souad à propos d'un dossier : le service l'a renvoyé à l'assuré le 10 avril et lui l'a retourné à la Caisse le 13 mai. Souad lui explique « *Cela fait plus d'un mois, c'est un refus* ». Marie-France s'étonne : « *Même pour quelques jours ?* ». Souad répond : « *Oui c'est un délai d'un mois strict* ». Souad lui explique qu'elle n'a rien à faire, elle doit juste noter le refus dans la rubrique correspondance si c'est un renouvellement, mais là, comme c'est une première demande, elle doit simplement archiver le dossier et n'a même pas besoin de rédiger une lettre de refus. Marie-France a l'air de trouver cela un peu dur mais en même temps bien pratique, elle finit par dire : « *De toute façon regarde, il n'a pas rempli là, ni là, ni là, c'est bon hein !* ». Souad ajoute : « *C'est un refus justifié !* ». Quand elle comprend qu'elle n'a absolument rien à faire Marie-France déclare : « *J'aime bien les refus implicites !* ». (Journal de terrain, 31.07.09).

Les mises à jour (ajout d'un enfant au dossier, changement d'adresse, etc.) ne demandant aucune instruction, elles sont aussi particulièrement appréciées par les agents. Pour les demandes de renouvellement, ils ont également peu de choses à faire : ils n'ont pas à créer de numéro ni de dossier dans la base informatique et la saisie va alors beaucoup plus vite (cf. Encadré 14 : Instruction d'une demande d'AME). L'instruction est aussi facilitée : les demandeurs connaissant mieux la procédure, il est possible qu'ils fournissent directement les bons documents. De plus, il est plus aisé pour eux de justifier de leur résidence puisqu'ils peuvent désormais fournir des feuilles de soins ou de remboursement et des attestations de carte solidarité transport vu qu'ils ont déjà eu l'AME et ont ainsi pu accéder à ces services. Enfin l'agent peut aussi obtenir lui-même une preuve en vérifiant dans un logiciel si la personne n'a pas eu récemment un remboursement de soins.

Lors de notre enquête, nous avons instruit des dossiers au service AME, souvent au pôle quatre, prenant le bureau d'un agent en congé ou en arrêt maladie. En tant que stagiaire, nous ne pouvions cependant pas enregistrer nos dossiers sur la base informatique. Une fois l'instruction faite, nous les donnions donc à l'un des agents pour qu'il les « rentre ». A chaque fois, Georgette nous demandait s'il s'agissait d'une première demande ou d'un renouvellement. Nous ne comprenions pas pourquoi (d'autant plus que nous ne nous en rappelions jamais et que cela nous agaçait) jusqu'au jour où Aurélie nous a expliqué que les renouvellements étaient plus rapides à traiter et à taper dans la base. En général, nous essayions de répartir nos dossiers entre les trois agents, pour que cela profite à toutes, mais parfois Georgette tentait de tous les récupérer pour doubler son chiffre. Georgette et Françoise, plus âgées que les autres, étaient réputées pour être les moins productives du

service. Le jour où Françoise a récupéré nos dossiers, elle a traité vingt dossiers dans la journée, s'exclamant qu'elle n'en avait jamais fait autant. Elles étaient ainsi plutôt contentes les jours où nous travaillions avec elles.

A l'inverse, il y a des catégories de dossiers que les agents préfèrent éviter, c'est le cas notamment des demandes de « soins urgents et vitaux » (cf. Encadré 13). Les percevant comme « compliquées » et ne comprenant pas bien ce qu'ils doivent faire, certains s'arrangent avec leurs collègues plus aguerris pour qu'ils les traitent à leur place.

Alors que je n'arrêtais pas d'avoir des dossiers « problématiques » et d'aller poser de nombreuses questions à Corine, je lui dis en plaisantant : « *Je n'ai que des dossiers pourris aujourd'hui !* ». Elle insinue alors que l'agent qui me les avait confiés avait dû les trier avant de me les donner. Je lui réponds par la négative, expliquant que Françoise m'a simplement remis la première partie de sa pile. Corine s'exclame alors : « *Ah bien sûr, elle ne sait pas faire les soins urgents et vitaux !* », type de dossier que nous étions en train de traiter. (Journal de terrain, 25.03.09).

Encadré 13 : Les dossiers pour « soins urgents et vitaux »

Le fonds des soins urgents et vitaux a été mis en place en 2003, en même temps que la condition de résidence pour les demandeurs de l'AME : les frais d'hospitalisation des personnes en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME seront pris en charge à condition d'être relatifs à un soin urgent et vital. Ce fonds ne constitue pas une couverture maladie mais plutôt un moyen de remboursement pour l'hôpital (qui évite ainsi d'être déficitaire et peut continuer à fonctionner). Ces demandes sont envoyées par les assistantes sociales sur des dossiers ordinaires d'AME où elles inscrivent en général en gros la mention « soins urgents et vitaux ». L'agent instruit le dossier comme n'importe quelle demande d'AME. La procédure est exactement la même que pour un autre dossier, seul le type de refus diffère, et parfois l'agent doit également envoyer un exemplaire de la notification à l'hôpital. La démarche n'est ainsi pas plus complexe que cela. Ces dossiers peuvent cependant être mal faits : il arrive bien souvent que la personne puisse obtenir l'AME mais que ses droits doivent être mis en place à partir de la date d'hospitalisation. C'est ici que la procédure se complique : normalement l'AME est ouverte à partir de la date d'envoi, mais lorsque figurent des bulletins d'hospitalisation et que le demandeur était en France depuis plus de trois mois à cette période, les droits sont ouverts plus tôt pour pouvoir prendre en

charge l'ensemble des frais d'hospitalisation. C'est cet élément qui n'est pas toujours bien compris par les agents. Leurs rapports avec les assistantes sociales étant parfois difficiles, on peut également émettre l'hypothèse qu'ils évitent ces dossiers pour ne pas avoir d'ennuis : s'ils se trompent, ils savent qu'elles risquent de faire des réclamations, et cela potentiellement auprès de leur hiérarchie. Les responsables, enfin, perpétuent cette image de dossier compliqué en ne formant les agents aux « soins urgents et vitaux » que dans un second temps. Lors de notre enquête, les techniciens en poste depuis six mois ne l'étaient toujours pas.

Le choix des dossiers peut également se faire selon la nationalité des usagers. Comme nous l'avons vu, ceux des Romains sont jugés plus complexes. Au service AME, à travers l'open-space, on entend également parfois des réflexions sur les familles nombreuses : « *J'ai une famille de sept !* », « *Oh non, encore une famille !* ». Ces dossiers demandent en effet plus de temps de saisie informatique, de vérification et entraînent plus de possibilités de fautes de frappe dans l'attestation car ils comprennent plus de noms et de dates de naissance, rubriques sujettes à de nombreuses erreurs. Certaines nationalités, comme les Sri Lankais sont aussi réputées pour avoir des noms très longs et donc sources d'erreur quand ils sont entrés dans les logiciels.

En plus de choisir les dossiers en fonction de la rapidité de leur gestion, les agents du service AME peuvent appliquer cette même logique au choix d'instruction. Lorsqu'un agent traite un dossier, il a trois possibilités d'actions :

- Attribuer un « **accord** » : la personne a prouvé qu'elle remplissait les conditions et obtient l'AME,
- Effectuer un « **retour** » : le dossier envoyé n'est pas complet : il manque des justificatifs. L'agent retourne alors le dossier par voie postale au demandeur, lui indiquant les pièces manquantes,
- Notifier un « **refus** » : le requérant ne répond pas aux conditions d'obtention de l'AME, la prestation lui est alors refusée.

Que les demandes soient accordées, refusées ou retournées, elles comptent toutes pour un dossier traité. Seulement certaines le sont de façon bien plus rapide que d'autres. Comme le montre l'Encadré 14 sur l'instruction d'un dossier, les refus et les retours prennent beaucoup moins de temps à instruire qu'un accord. Ils sont ainsi considérés comme des dossiers « faciles à traiter » et « pratiques », appréciés des agents.

Chloé demande à Charles en lui montrant un dossier : « *Là c'est un refus pour incohérence ?* ». Il lui répond : « *Ouais, direct* ». Elle repart s'asseoir en disant « *la fille soulagée !* », soulignant que cela l'arrange que ce soit bien cette procédure (qui lui fait gagner du temps, l'instruction durant à peine cinq minutes). Il répond en rigolant : « *C'est clair, ça, c'est fait !* ». (Journal de terrain, 02.07.09).

Les dossiers envoyés en double sont encore plus rapides à traiter : quand un agent se rend compte que le dossier a déjà été instruit (dès la recherche d'affiliation), il le jette immédiatement. La demande compte toutefois dans ses chiffres, même si elle n'a exigé aucun travail et que son traitement a duré à peine une minute.

Encadré 14 : Instruction d'une demande d'AME

Lorsqu'il traite un dossier, l'agent doit effectuer les étapes suivantes :

1. La recherche d'affiliation : vérifier que la personne a déjà un numéro de Sécurité sociale (sinon, lui en éditer un) et qu'elle n'a pas déjà une couverture maladie ouverte,
2. Le contrôle des preuves : justificatifs d'identité, de résidence en France, et déclaration des ressources,
3. L'outil ressources : calcul du montant annuel des ressources pour s'assurer que le demandeur ne dépasse pas le plafond,
4. L'enregistrement du dossier dans la base informatique,
5. L'attestation de droits (à éditer en cas d'accord),
6. Le courrier,
7. Le contrôle du dossier par le délégataire de l'agent comptable,
8. L'envoi du dossier,
9. L'archivage.

En cas d'accord, l'agent doit effectuer l'ensemble de ces étapes.

En cas de retour*, il passe directement de l'étape n°2 aux étapes n°6 et n°8 (il n'y a ni contrôle ni archivage dans ce cas-là).

En cas de refus*, il passe de l'étape n°2 (si c'est un refus pour non-respect de la condition d'identité ou de stabilité), ou n°3 (pour un refus ressources) à l'étape n°6 et n'est pas contrôlé. L'archivage se faisant dans une boîte où les dossiers sont classés par ordre alphabétique (plutôt que d'être enregistrés selon le quantième du calendrier qu'il faut aller chercher), il est plus rapide également.

* Les retours et les refus ne sont enregistrés dans la base informatique (étape n°4) que lorsque la personne a déjà un numéro de Sécurité sociale : les agents indiquent alors seulement le type de refus ou de retour qui a été fait, et ses raisons, dans la rubrique « correspondance ». Dans les autres cas, ils sont en fait notés à la fin de l'instruction dans un tableau Excel, qui est beaucoup plus rapide à remplir (il comprend seulement les colonnes du nom, de la date de réception, de celle de décision et du type de refus ou retour effectué).

Agissant en pragmatiques, les agents peuvent tenter de s'opposer à la mise en place de procédures qu'ils considèrent chronophages, s'inquiétant pour leur évaluation. Ils se sont ainsi opposés au fait de rédiger l'ensemble des attestations une fois les dossiers validés par Carmen, estimant que cela n'était pas pratique et leur prenait plus de temps.

Alors que Nadine leur explique qu'ils n'ont qu'à recopier l'adresse imprimée à partir de la recherche d'affiliation, les agents protestent : parfois les demandeurs ont changé d'adresse et cela n'est pas indiqué dans ce logiciel ou, s'il y a un complément d'adresse à ajouter (ce qui arrive très souvent, les demandeurs étant majoritairement domiciliés), il se situe dans le logiciel dans la rubrique correspondance (COR) et non pas sur l'imprimé. Or retourner en COR pour aller chercher cela demande plus de temps et nécessite de faire plusieurs fois la même action vu qu'ils y vont déjà quand ils traitent le dossier. Ainsi Patricia trouve cette idée stupide : du point de vue du rendement ce n'est pas viable : « *Les chefs veulent faire remonter le solde ou quoi ?!* ». Mais pour les responsables cela permet de ne pas déchirer les attestations si l'agent a fait une erreur dans son dossier et doit la reprendre ensuite : le papier sur lequel elles sont imprimées étant spécifique et coûteux, on fait des économies en procédant de cette façon. (Journal de terrain, 31.07.09).

C'est ainsi le fait d'arriver à remplir leurs objectifs (et ce de manière plus facile) qui peut guider l'action de ces agents et leurs choix d'interprétation. Lorsqu'ils s'en remettent à cette posture pragmatique, l'issue du dossier leur importe peu, ce qui compte pour eux c'est de faire leur travail le plus vite possible et sans risque d'erreur, ou sans risque que l'erreur soit

comptabilisée. La lutte contre la fraude ou l'attitude sociale importent peu dans ces moments-là. C'est aussi un savoir-faire gestionnaire que les agents peuvent chercher à valoriser, ce dernier étant le plus apprécié par les responsables du département. En effet, quand elles nous parlent des agents instructeurs, elles les évaluent toujours selon leur productivité. Un bon agent n'est donc pas un agent qui connaît bien la réglementation, mais un agent qui va vite et sans se tromper (or cette rapidité ne dépend pas que de la maîtrise de la législation, mais aussi des stratégies mises en place comme le fait de privilégier les retours aux accords).

Mais la productivité et le soupçon de fraude peuvent aussi permettre aux agents de prendre du recul sur leurs actions et de mieux supporter les effets d'un refus sur la vie des demandeurs. Les agents sont conscients des conséquences d'un refus : la personne ne peut accéder aux soins alors qu'elle est parfois très malade. Opposer bons et mauvais demandeurs ou invoquer la fraude peut alors permettre à l'agent de se déculpabiliser, de se déresponsabiliser lorsqu'il effectue un refus : ce n'est pas la loi qui est injuste, ni sa position, mais la personne qui est en tort car elle essaie de frauder, volant alors potentiellement quelqu'un d'autre.

« Les contrôles contre les fraudes sont légitimes. C'est normal. Il existe des droits et tu dois être honnête sur tes déclarations, si tu n'y as pas droit tant pis, même si c'est injuste. L'important c'est d'être honnête car c'est quand même « nous », la communauté, qui payons ça, et si ça se trouve si tu le prends toi, après il y aura peut-être quelqu'un qui y aurait eu plus droit que toi et à qui tu auras volé son droit » (Monique, Journal de terrain, service expert, 02.07.09)

Le recours à l'argument managérial, plus pragmatique, permet également de légitimer les refus et de passer outre leurs conséquences. La procédure des refus pour incohérences ressources est ainsi appréciée par certains agents car, grâce à elle, on traite très rapidement un dossier. A peine l'incohérence détectée, l'agent n'a pas besoin de pousser plus loin son investigation. Il n'a pas à enregistrer le dossier informatiquement (procédure un peu longue) et remplit simplement une lettre de refus. Le dossier est ainsi « bouclé » en quelques minutes contre une vingtaine pour un accord, ce qui permet à l'agent d'augmenter nettement sa productivité. Cette procédure est d'autant plus rapide que les agents ne s'interrogent pas sur la valeur du document fourni. Ils n'ont, de plus, pas à aller se renseigner auprès de leurs responsables, ce qui peut parfois les faire passer pour des idiots ou des personnes qui ne savent pas prendre de décision. L'opposition entre bons et mauvais demandeurs permet alors aux agents de légitimer leur refus : *« De toute façon, la personne a menti sur ses ressources, c'est normal qu'elle ne l'obtienne pas »*. L'argument du manque de responsabilisation des demandeurs peut également être invoqué. Ainsi, dans l'un des exemples qui précèdent, Marie-France, dans un premier temps gênée de faire un refus implicite parce que la personne n'a pas

renvoyé son dossier dans les temps « à quelques jours près », finit par justifier son geste en trouvant de nombreux défauts au dossier qui permettent de ranger ce demandeur dans la catégorie des « irresponsables » et donc des « mauvais usagers ».

L'opposition entre « bons » et « mauvais » demandeurs permet également de légitimer une application des lois qui peut être parfois perçue à première vue par les agents comme radicale et excessive. Elle leur permet alors de prendre plus facilement une posture pragmatique consistant à appliquer des règles sans trop se poser de questions et avec moins d'états d'âme, notamment lorsqu'ils font des refus, action la plus rapide à effectuer et donc la plus productive.

Enfin, le recours gracieux ou l'aide des assistantes sociales est toujours rappelé comme possibilité offerte aux demandeurs dès que les agents tranchent pour une position plus restrictive. L'argument de l'aide « communautaire » ou de la « mafia chinoise » permettent ainsi aux agents de prendre de la distance avec les conséquences de leur activité administrative.

9.2.3.4 DES LOGIQUES QUI S'ARTICULENT

Nous voyons ainsi que les agents peuvent recourir à des logiques pour donner un sens à leur travail. Peut-on, pour autant, distinguer une typologie d'agents d'après les usages qu'ils font de ces logiques ? Selon nous, non. Il y a certes des agents qui recourent plus à certaines logiques que d'autres et qui se présentent plus comme des « gardiens du système » (Charles et Patricia) que comme des agents « sociaux » (Marie et Aurélie). Malgré cela, ils peuvent néanmoins tous faire appel à l'ensemble de ces logiques selon le moment. Prenons l'exemple de Charles, qui pourrait être rangé dans la catégorie des « gardiens du système » d'après les exemples que nous avons donnés plus haut. En fonction des situations qui se présentent à lui et de la position dans laquelle il se trouve, il utilise aussi les autres logiques. Ainsi, alors qu'il nous forme à instruire des demandes, il s'interroge à propos d'un dossier :

« Est-ce que je fais un refus ou est-ce que je suis humain et demande des preuves supplémentaires ? Non, je vais être humain ». (Journal de terrain, service AME, 07.05.09)

Dans d'autres cas, il apprécie également les procédures qui lui permettent d'aller vite, mais refuse de prendre aussi trop de risques en accordant des dossiers alors qu'il n'est pas sûr qu'ils soient validés par le contrôleur ensuite.

Il n'est, de plus, pas toujours facile de dire si l'agent s'en remet clairement à une et une seule logique, ces dernières s'articulant entre elles et se servant les unes et les autres. C'est pourquoi nous préférons parler de logiques – dans lesquelles chaque agent puise indifféremment en fonction des cas qui se présentent à lui et de son contexte de travail – plutôt que de typologie.

Ces différentes logiques sont ainsi plus à voir comme des ressources, comme un répertoire d'actions disponibles que comme des postures que revendiqueraient des catégories d'agents. Elles permettent de redonner du sens au travail pour ceux qui en réclament : investir la logique sociale permet de se dire qu'on aide la personne, qu'on ne fait pas n'importe quoi avec des règles gestionnaires stupides et qui n'ont aucun sens du point de vue de l'accès aux droits. La logique du soupçon réinstaure, quant à elle, une expertise, un rôle à jouer et une compétence que les agents ne trouvent pas autrement. La logique gestionnaire, enfin, permet aussi de formuler une compétence gestionnaire : celle de la productivité et du rendement, qui est particulièrement appréciée des responsables qui l'utilisent comme premier indicateur d'évaluation des agents. Ainsi, comme le rappelle Alexis Spire, le pouvoir discrétionnaire « ne saurait se réduire à une activité neutre ou à une simple faculté d'adaptation de la loi. La mise en forme bureaucratique du droit est conditionnée par un ensemble de normes non juridiques qui doivent être analysées à l'aune du système de dispositions exigées des agents chargés de les mettre en œuvre » (2007 : 5). C'est ainsi en prenant en compte le cadre de travail des agents et les impératifs auxquels ils sont soumis que l'on peut comprendre le recours à ces logiques.

Le fait que ces trois postures soient présentes dans l'ethos explique qu'un agent peut passer de l'une à l'autre en fonction des moments, même si, en général, il se positionne plus comme « gardien du système », « social » ou « pragmatique ».

9.2.4 AU NIVEAU DES RESPONSABLES : DES LOGIQUES QUI SERVENT LA PRODUCTIVITE

Ces trois logiques peuvent également être utilisées comme des ressources par les responsables du département de l'accès aux soins. Elles servent alors non pas à donner un sens à leur travail, mais à leur permettre d'exécuter leur mission gestionnaire en améliorant le rendement du service.

Pour que le service AME soit productif et que ses indicateurs soient au vert, il doit traiter les dossiers le plus rapidement possible. Le solde (soit le nombre de dossiers en attente) est un indicateur phare pour les responsables : c'est selon cet indicateur qu'elles sont évaluées. Dès

qu'il augmente, le directeur de la clientèle, supérieur hiérarchique de Nadine, lui demande de le justifier. Obnubilés par son volume, les responsables tentent ainsi par tous les moyens de le faire diminuer. Notre première entrevue avec Corine illustre bien le rôle primordial qu'il revêt dans leur gestion du service :

Me présentant le département et son fonctionnement, Corine m'explique, chiffres à l'appui, que le solde de dossiers d'AME a « *un peu diminué mais pas beaucoup, hélas* ». Il y a alors 5000 dossiers en attente et un délai de traitement de près de trois mois. La question du solde reviendra systématiquement dans nos conversations, et je l'apercevrai plusieurs fois en train de calculer le délai de traitement sur son calendrier mural, l'air désespéré. (Journal de terrain, 01.04.08).

Les responsables ne peuvent néanmoins pas toujours agir sur son volume. Les évolutions législatives (comme avec la prise en charge des ressortissants communautaires inactifs à partir de 2007) font entrer de nouvelles catégories dans l'AME, augmentant le nombre de demandes. La réimmatriculation de tous les bénéficiaires de l'AME, décidée en 2008¹⁷⁴, constitue également une tâche supplémentaire lourde pour les agents, tout comme, par la suite, la mise en place des attestations avec photographie. Pour essayer de mieux contrôler ce solde de dossiers, les responsables mettent en place des stratégies qui s'appuient sur une lecture pragmatique, soupçonneuse ou sociale des dossiers des demandeurs.

9.2.4.1 LE RECOURS AUX RÈGLES PRAGMATIQUES

Le solde de dossiers en attente est évalué en faisant la différence entre le nombre de dossiers reçus et le nombre de dossiers traités. Pour agir sur le solde, les responsables, ne pouvant recruter plus d'agents, vont chercher à accélérer l'instruction des dossiers. Pour cela, elles mettent en place, à partir de juillet 2009, un système d'épuration du stock dès le tri du courrier. Désormais, les référentes doivent classer immédiatement parmi les dossiers à renvoyer aux demandeurs tous ceux dont l'ensemble des rubriques (date d'arrivée en France, membres de la famille en France, etc.) n'est pas complété. Renvoyées immédiatement par les référents, les demandes ne transitent pas par les agents du service AME, ce qui fait grandement diminuer le stock de dossiers en attente puisqu'ils n'y sont pas comptabilisés.

La prise en compte stricte des dates butoirs est aussi un moyen important de réduction du solde. Lors de la réunion de juillet 2009, il est demandé aux agents d'être vigilants : tout

174 Auparavant tous les numéros des bénéficiaires de l'AME étaient spécifiques et dépendaient d'un autre type d'attribution. Désormais, ils sont créés selon les mêmes règles que les autres numéros de Sécurité sociale.

dossier retourné et renvoyé par le demandeur sous plus de trente jours doit faire l'objet d'un refus implicite (refus non notifié à la personne), ce qui n'était pas le cas auparavant.

La procédure classique des refus implicites est aussi utilisée par les responsables lorsqu'elles ont besoin d'épurer leur stock de dossiers. En effet, selon la réglementation, alors que les demandes de CMU-C déposées depuis plus de deux mois sont considérées comme implicitement acceptées, celles d'AME font l'objet de refus : la caisse peut décider de les classer sans même en informer les demandeurs. Cette procédure permet un gain de temps considérable : d'abord, ces dossiers ne sont pas étudiés, l'agent regarde en premier lieu la date d'arrivée et dès qu'il a repéré le dépassement, l'instruction est terminée. Ensuite, le refus implicite est extrêmement rapide à traiter puisque le dossier est simplement enregistré dans un tableau (nom, prénom, date de naissance, date d'arrivée du dossier, date du refus) et non pas dans la base informatique plus longue à remplir, puis classé dans des boîtes. Alors que les accords sont archivés selon un système informatique complexe qui nécessite plusieurs manipulations, les refus implicites sont déposés tels quels dans des boîtes (et non sous enveloppe kraft) et rangés par ordre alphabétique. Enfin, aucun courrier n'est envoyé au demandeur.

La procédure est donc extrêmement rapide : en quelques minutes, le service peut se délester d'une centaine de dossiers, et un agent archiver un maximum de dossiers, démultipliant ainsi sa productivité. Elle n'est cependant pas systématiquement utilisée, seulement dans des cas exceptionnels comme l'explique Nora :

« Avant de mettre deux mois de dossiers en implicites, on ne s'en sortait pas, on avait quatre à cinq mois de solde... Avec la réimmatriculation, on ne pouvait pas s'en sortir, on ne faisait que prendre du solde ! » (Journal de terrain, service AME, 16.07.09).

La fiche technique du 07.07.08 précise ainsi : « Toutes les demandes d'AME déposées entre le 27/03/08 et le 07/05/08 ont fait l'objet d'un refus implicite et ce dans le but de diminuer le stock de dossiers en instance pour accroître l'efficacité du service ». Ce fut le cas de plus de 2000 dossiers selon Nora.

En février 2014, le service, qui est alors à quatre mois et demi de délai de traitement, décide de classer en refus implicites l'ensemble des demandes arrivées avant le 6 décembre 2013. L'action de l'observatoire des droits à la santé des étrangers (ODSE) le fera cependant revenir sur sa décision en décidant de renforcer provisoirement ses effectifs.

9.2.4.2 LE SOUPÇON DE FRAUDE AU SERVICE DE LA PRODUCTIVITÉ

Une autre technique pour diminuer le solde de dossiers consiste à mettre en place une lecture restrictive, laissant une place importante au soupçon de fraude, des conditions d'accès à l'AME. Des mesures allant dans ce sens vont être mises en œuvre lors de la réunion de service de juillet 2009.

Comme nous l'avons vu, pour obtenir la prestation, le bénéficiaire doit justifier d'une résidence de plus de trois mois en France. Jusqu'en juillet 2009, si le demandeur ne fournissait pas de justificatif ou si ce dernier n'était pas recevable, l'agent retournait le dossier pour réclamer une autre preuve de résidence. Désormais, toute demande comprenant un justificatif de résidence non recevable sera refusée plutôt que retournée. Celles où ne figure aucune preuve continuent par contre de faire l'objet d'un retour.

Le service AME cesse également de faire des retours pour « incohérences ressources ». Maintenant, lorsque le demandeur déclare un montant de ressources incompatible avec la somme supposée de ses dépenses, le dossier ne lui est plus retourné mais est immédiatement refusé.

Les « retours » sont ainsi particulièrement dans le collimateur des responsables. Elles estiment en effet qu'ils doublent le travail des agents puisqu'ils doivent les instruire deux fois, si ce n'est plus. A leur retour, ces dossiers sont à nouveau comptés dans le stock. Ainsi, si les agents peuvent apprécier ce type de dossier car il leur permet d'aller plus vite, ce n'est pas le cas des responsables qui cherchent à les limiter au maximum.

9.2.4.3 LA LOGIQUE SOCIALE AU SERVICE DE LA PRODUCTIVITÉ

D'autres mesures prises pour favoriser la productivité du service peuvent, par contre, être favorables aux demandeurs. En 2008 et 2009, dans le but d'éviter les retours, les agents ont en effet été incités par leur hiérarchie à rechercher des preuves de stabilité pour les demandeurs qui n'en fournissaient pas (ou en présentaient des non valables). Ayant accès au logiciel « Images », qui leur permet de consulter les remboursements des usagers, ils peuvent regarder si ces derniers ont consulté un médecin ou se sont rendus dans une pharmacie. Si c'est le cas, ils impriment ces remboursements et entourent la date : ces documents leur servent alors à prouver la présence de ces personnes sur le territoire à cette date. Cette procédure permet de limiter les retours et de diminuer le futur stock de dossiers ainsi que le travail des agents.

En juillet 2009, une autre procédure visant l'ouverture des droits est mise en place. Désormais lorsqu'un dossier constitué par une assistante sociale est incomplet, l'agent doit la contacter directement pour lui demander de lui faxer les pièces complémentaires plutôt que de le renvoyer au demandeur. Lui téléphoner permet au service de clôturer le dossier en un seul traitement plutôt que de le renvoyer, ce qui équivaut à l'instruire deux fois et est considéré comme une perte de rendement par les responsables. Cette procédure est un peu moins avantageuse pour l'agent : le dossier va lui prendre plus de temps puisqu'il va devoir contacter l'assistante sociale. De plus, si elle ne lui transfère pas les documents immédiatement, le dossier va traîner dans un coin du bureau et ne pourra être compté dans les statistiques de la journée (seuls les dossiers clôturés par un refus, un accord ou un retour le sont).

9.2.4.4 UNE RECHERCHE DE PRODUCTIVITÉ QUI SUPPLANTE LE RESTE

Toutes les techniques sont ainsi mises en place pour éviter d'alourdir le solde de dossiers. Le soupçon quant aux ressources, les règles restrictives ainsi que les aménagements et la souplesse permettent aux responsables de gagner en productivité. Les responsables ne se posent ainsi pas plus dans une logique sociale ou de soupçon selon nous, mais bien dans une logique gestionnaire. Bien que la pratique de la « recherche Image » qui a cours lors du terrain en 2008 soit arrêtée à notre retour en 2009, ce n'est pas pour autant que les responsables mettent en place uniquement des règles restrictives et relevant du soupçon de fraude. Le fait de contacter les assistantes sociales pour donner une seconde chance aux usagers peut en effet être classé dans les mesures plus sociales. Nous ne pouvons ainsi pas interpréter ce recours au soupçon en 2009 comme un changement de pratique qui pourrait s'expliquer par un renouvellement de direction ou par un changement de politique. Ces évolutions sont plus à lire, nous semble-t-il, comme une continuité des pratiques et de recherche de productivité. Or, recourir au soupçon de fraude permet de mettre en place un déstockage bien plus important que le fait de rechercher des preuves à la place des usagers. Selon nous, la caisse recourt alors au soupçon de fraude car cette logique lui permet finalement de traiter encore plus vite, et en nombre plus conséquent, les dossiers.

Cette évolution qui pourrait être interprétée comme découlant d'une volonté hostile aux étrangers en situation irrégulière s'explique en fait par une approche gestionnaire du travail et de son organisation dans les CPAM. Néanmoins, il est vrai que c'est plus souvent la logique de soupçon qui est utilisée par les responsables au sein du service pour mobiliser les agents. Ou tout du moins c'est celle qui est la plus aisément affichée. L'argument de la lutte contre la

fraude est en effet utilisé par les responsables pour justifier la mise en place de mesures de contrôle plus strictes, en rappelant qu'elle est le seul moyen de faire perdurer le système de santé. Cette logique leur permet alors de prendre plus facilement une posture pragmatique par laquelle ils appliquent des règles sans trop se poser de questions et avec moins d'états d'âme, notamment lorsqu'ils font des refus, action la plus rapide à effectuer et donc la plus productive.

A la fin de la réunion où viennent d'être présentées ces nouvelles mesures, un agent constate que : « *Ça devient compliqué l'AME !* ». Corine intervient : « *C'est l'objectif ! C'est nos impôts qui paient !* ». Un autre agent est du même avis : « *Ils auraient dû faire ça depuis longtemps ! Si on avait fait attention dès le début de la Sécu, on n'aurait pas eu tous ces problèmes pour payer les soins !* ». La plupart des agents remarquent que : « *Cela va faire un paquet de refus et de retours !* ». Corine répond : « *Oui mais ils finiront par prendre le pli !* ». Anne-Marie, la référente abonde dans son sens : « *Faut aussi les éduquer !* ». Corine reprend : « *Oui, il faut les éduquer tant qu'on ne peut pas recevoir 100% des bénéficiaires dans les PSA ou chez les partenaires. On développe les partenariats pour qu'ils appliquent nos procédures et comme ça on démultiplie l'accueil* ». Un agent observe que : « *Là il va y avoir du changement ! C'est de plus en plus compliqué. Surtout qu'il ne va y avoir que des refus et des retours* ». Georgette s'exclame : « *Eh bien ça devient beau !* » et dit à Françoise qui sera prochainement à la retraite : « *Heureusement que tu vas partir bientôt !* ». Léa, elle, est plutôt pour : « *Cela fait du changement mais c'est plus logique aussi !* ». A la fin de la réunion Nadine précise que les instructions sont applicables dès maintenant. Georgette réagit : « *Moi, je n'ose même plus prendre un dossier* ». (Journal de terrain, 28.07.09).

La logique sociale n'est, quant à elle, jamais impulsée par Corine ou Nora pendant les réunions avec les agents instructeurs. Elle l'est, par contre, auprès des acteurs tiers, comme lors de la rencontre à la Maison de la santé ou à l'occasion des appels aux associations ou aux travailleurs sociaux.

Cette logique est en effet plus difficile à mettre en œuvre et plus coûteuse en temps et en énergie. Les responsables y recourent d'ailleurs, en 2009, uniquement dans le cas où les dossiers ont été constitués par des travailleurs sociaux. L'objectif du recours à cette logique semble en effet être également une manière de pouvoir sous-traiter une partie du travail aux assistantes sociales, ou tout du moins de les former à mieux constituer un dossier, dans l'espoir que cela évite des retours. Comme les responsables se méfient de ces acteurs

extérieurs, c'est aussi une manière de pouvoir les tenir à distance, mais aussi de ne pas provoquer leur insatisfaction. Si le service émet un refus, les assistantes sociales risquent d'appeler les responsables du département ou d'écrire au directeur général de la caisse pour se plaindre du travail du service AME (cela a déjà eu lieu plusieurs fois). La dépense de temps et d'énergie qu'impliquent ces appels pour les agents est donc compensée par une économie d'énergie et de complications pour les responsables.

C'est ainsi finalement une lecture très gestionnaire et managériale de la réglementation qui s'impose et se diffuse à la caisse des Champs, plus qu'une lecture en termes de soupçon ou de logique sociale. La Caisse des Champs est d'ailleurs considérée par les acteurs associatifs comme plutôt souple en la matière : il est possible de discuter avec la responsable, notamment sur la lecture qu'elle fait des textes de loi. Les associations ne rencontrent pas trop de difficultés d'application du droit avec elle, contrairement à celle des Lys.

Le poids de la logique managériale dans l'instruction des dossiers d'AME à la caisse des Champs s'explique par le fait que ce sont des responsables de service qui ont le dernier mot en matière d'interprétation de la réglementation. A l'inverse, à celle des Lys, l'agent comptable semble jouer un rôle prépondérant. C'est par exemple lui qui a décidé de refuser comme preuve de stabilité toutes les ordonnances faites par des médecins (sauf si ces derniers déclarent qu'ils suivent le demandeur depuis une certaine durée), alors même que ce document est énuméré dans la liste des documents justifiant de la durée de résidence, au prétexte que certains réseaux de fausses ordonnances avaient été démantelés¹⁷⁵. La caisse des Lys semble ainsi adopter une position plus rigoureuse de lutte contre la fraude qui peut s'expliquer par le fait que c'est l'agent comptable qui décide en dernier ressort, ce qui n'est pas le cas à la Caisse des Champs où il n'est jamais évoqué. Le profil des chefs qui ne sont pas dans une opposition aux étrangers en situation irrégulière mais qui cherchent plutôt à tenir leur rôle professionnel de manager (et non pas de comptable) permet ainsi de limiter certains excès, même si elles peuvent investir parfois des logiques de soupçon pour accroître la rentabilité de leur service.

9.3 DES EFFETS SUR L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Pour finir, revenons maintenant sur les effets de cette organisation du travail sur l'accès à la prestation. A plusieurs niveaux, tout au long de la thèse, nous avons vu que des obstacles se

¹⁷⁵ Les usagers auraient payé pour avoir des ordonnances antitabac afin de pouvoir justifier de la stabilité de leur résidence.

dressaient sur le parcours des demandeurs. Qu'en est-il, du coup, de leurs démarches à la CPAM ? Comment la recherche de productivité influence-t-elle ces parcours ? Nous avons vu que les agents pouvaient aussi bien adopter des lectures strictes que souples de la réglementation. La recherche de rendement accélère-t-elle alors le parcours d'obtention ? Le simplifie-t-elle ?

Bien que certains dispositifs soient favorables aux demandeurs (comme les recherches Image ou les appels aux assistantes sociales) et que les guichetiers puissent apprécier les usagers de l'AME et se rendre plus disponibles pour eux, nous allons voir que de manière générale, l'ensemble du dispositif a tendance à retarder l'accès à la prestation, et donc aux soins, au lieu de l'accélérer.

9.3.1 UNE PRESTATION SPÉCIFIQUE MAL CONNUE DES AGENTS D'ACCUEIL

La spécificité de l'AME, dont la réglementation particulière n'est pas toujours connue des agents de l'Assurance maladie, constitue une première difficulté. L'AME étant différente de la CMU, les demandeurs n'ont pas à répondre aux mêmes conditions, à remplir les mêmes formulaires et à fournir les mêmes pièces pour obtenir l'une ou l'autre. L'existence de deux prestations distinctes multiplie ainsi les procédures, les services, les structures et accroît le travail des gestionnaires de clientèle. Ces derniers sont en première ligne et doivent pouvoir informer tout demandeur sur n'importe quelle question : régime général, CMU, AME, arrêt maladie, maternité, accident du travail, etc. Lors de leur formation, ils acquièrent de nombreuses connaissances techniques et juridiques, mais très peu concernant l'AME.

En 2010, à la CPAM des Champs, la formation au métier de gestionnaire de clientèle est de deux mois, comprenant à la fois des cours et des temps d'immersion sur le terrain. Une seule journée est consacrée à la présentation de la CMU et de l'AME. L'essentiel de la formation porte sur l'apprentissage des différents régimes de droit commun – il en existe une centaine – et des prestations auxquelles ils donnent accès. Les connaissances à acquérir sont très nombreuses, d'autant que la réglementation ne cesse d'évoluer et les modalités de remboursement d'être réformées. En théorie, ces agents se doivent d'être au fait de ces modifications, mais, en pratique, ils les maîtrisent difficilement. Dans le cours de leur travail, ils sont informés des réformes par les notes d'instruction qu'ils reçoivent par Intranet, comme l'explique Marion :

« La législation de l'Assurance maladie représente 18 000 textes de loi en mouvement perpétuel. Il est difficile de tous les connaître parfaitement. D'être au

courant des modifications. C'est pour ça qu'il y a des notes d'instruction. On est censé les connaître, mais moi je préfère les imprimer, pour certaines, pour les avoir sous le coude et pouvoir m'y référer en cas de besoin plutôt que d'avoir à rechercher sur l'Intranet. En pré-accueil, je n'ai pas le temps de me connecter et de rechercher la note ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 07.04.10)

Les cadres de l'accueil impriment les notes d'instruction et demandent aux employés de les parapher pour s'assurer qu'ils les ont bien lues. Cependant, l'accueil étant ouvert toute la journée, les gestionnaires de clientèle ne quittent jamais le guichet et ont à peine le temps de lire ces notes. De même, il est difficile de les réunir tous pour des réunions d'information. Les cadres ne vérifient finalement ni la lecture ni la bonne compréhension de ces notes, ni même, parfois, la mise en pratique des informations qu'elles contiennent.

Comme nous l'avons vu au chapitre quatre, la loi évoluant, les agents des caisses s'y perdent. L'organisation de la CPAM des Champs accentue encore cet effet : les gestionnaires de clientèle n'instruisant pas ces dossiers, l'AME n'est pas une priorité pour eux. Ils prêtent ainsi moins attention aux notes d'instruction AME, qu'ils lisent généralement « en diagonale » entre deux assurés, et en accordent plus à celles qui concernent les actions qu'ils effectuent le plus souvent et leur semblent les plus utiles. Les réformes de l'AME leur paraissent d'autant plus éloignées de leurs préoccupations que ces notes sont rédigées par le service de réglementation CMU-AME, dirigé par la responsable du service AME. Ce service s'intéresse ainsi plus aux procédures d'instruction des dossiers qu'aux questions propres à l'accueil. Ignorant comment sont instruits les dossiers d'AME, les gestionnaires de clientèle ne comprennent donc pas toujours ce qui se joue dans ces nouveautés, mais n'appellent pas pour autant le service AME, soit parce qu'ils n'en ont pas le temps, soit parce qu'ils ont peur d'y être mal reçus. La division des services joue ainsi un rôle important ici. Les guichetiers interprètent alors comme ils le peuvent les notes d'instruction et introduisent parfois des pratiques de droit commun qui ne devraient pas s'appliquer. Ainsi certains réclament aux demandeurs un acte de naissance ou de mariage, alors que l'obtention de l'AME repose sur des déclarations sur l'honneur. L'inscription du nom de l'époux dans le dossier fait foi, l'acte de mariage ou livret de famille n'ont ainsi pas à être réclamés. De même, les bénéficiaires de l'AME relevant d'un régime « à part », ils n'ont pas besoin de joindre un acte de naissance à leur demande, un passeport suffit.

Cette confusion des règles et ce manque de formation alimentent des erreurs de droit et donnent lieu à des pratiques variables selon les gestionnaires de clientèle. Les « mauvaises » pratiques peuvent même devenir la règle à l'échelle d'un centre car, quand ils ne savent pas, les agents ont tendance à imiter leurs collègues plutôt que d'appeler le service

AME ou demander un renseignement à leur cadre. Avouer que l'on n'a pas compris une règle de base peut être mal vu. En outre, le cadre, qui n'est pas forcément, lui non plus, très au fait de l'AME, peut se fier à ses agents. En effet, dans deux des centres où nous avons enquêté, les cadres de l'accueil estimaient ne pas être en capacité de répondre aux questions concernant l'AME car ils n'avaient jamais travaillé à l'accueil, ou alors à l'époque où l'AME n'existait pas. Certaines erreurs d'application sont monnaie courante dans les centres où, par exemple, la quasi-totalité des gestionnaires de clientèle observés réclamaient des justificatifs de résidence de plus de trois mois et de moins d'un an aux demandeurs venant renouveler leur AME. Une exigence qui ne s'applique pourtant qu'à la première demande, puisque pour les renouvellements, une preuve de moins de douze mois suffit.

Ce type de problème s'observe moins en matière de CMU car, en plus de leur mission d'accueil, les gestionnaires de clientèle instruisent les demandes de CMU en « back office ». Ils connaissent ainsi bien mieux la législation de la CMU, la finalité des documents requis et sont mieux à même d'informer les demandeurs. Ils vont également prêter une plus grande attention aux notes d'instruction relatives aux modifications des conditions d'obtention ou d'application de la CMU. Le savoir théorique et pratique accumulé par expérience rend d'autant plus aisé et rapide la compréhension des notes, de leurs tenants et aboutissants. Enfin, ils côtoient quotidiennement les agents spécialisés dans l'instruction des dossiers de CMU, qui travaillent dans les mêmes locaux qu'eux, alors qu'ils ne connaissent pas les employés du service AME, situé au siège de la CPAM. Les gestionnaires de clientèle obtiennent ainsi des informations sur les réformes de la CMU ou l'avancée du traitement des dossiers à l'occasion d'un déjeuner ou d'une pause-café. Une communication qui leur est impossible avec les agents du service AME à qui, pourtant, ils transmettent les dossiers pour instruction.

Des erreurs réglementaires peuvent également avoir lieu au service AME. A cause, tout d'abord, des changements incessants : les agents peuvent s'y perdre et ne plus savoir quelle réglementation appliquer. Mais aussi parce qu'une partie d'entre eux viennent de l'accueil et ont ainsi été formés à la réglementation générale de l'Assurance maladie. Par réflexe et aussi par logique, ils appliquent alors des règles de droit commun aux demandeurs de l'AME. Certains agents instructeurs retournent ainsi systématiquement les dossiers pour réclamer un acte de mariage, alors que l'AME fonctionne sur du déclaratif sur ce point. Ces routines qui découlent d'applications d'habitudes intériorisées et qui ne sont plus réfléchies, peuvent ainsi peser sur l'obtention de la prestation.

9.3.2 LA MULTIPLICATION DES RETOURS

La pression managériale à laquelle sont soumis les agents chargés de l'accueil affecte également la délivrance de l'AME. Pour tenir les délais d'attente et de réception, les guichetiers ne prennent pas toujours le temps d'expliquer complètement les démarches aux personnes qui les sollicitent. Au pré-accueil, la plupart des agents indiquent rapidement la liste des documents à apporter sans s'informer de la situation des requérants. Ce n'est qu'au cours du rendez-vous, le mois suivant, que ces derniers obtiennent les informations nécessaires et s'aperçoivent, bien souvent, qu'il leur manque un document qu'ils auraient pu apporter. Pour cela, ils devront attendre un autre rendez-vous, un mois plus tard. Les tensions aux guichets se cristallisent particulièrement quand les demandeurs ne maîtrisent pas bien le français et/ou n'arrivent pas à se faire comprendre. La plupart des gestionnaires de clientèle, soucieux de ne pas affaiblir leur rendement, leur demandent alors de revenir accompagnés, ce qui rallonge encore les délais d'obtention de l'AME et, par là même, leur accès aux soins.

Les gestionnaires de clientèle sont également évalués selon leur taux d'erreur, calculé au prorata du nombre de dossiers qu'ils ont envoyés au service AME et du nombre que ce dernier leur a retourné pour manque de justificatifs (dossiers incomplets). Ces « erreurs » sont comptabilisées par les cadres de l'accueil. Lors des évaluations annuelles, elles sont reprochées aux agents et prises en compte pour juger des promotions ou augmentations. L'enjeu pour les gestionnaires de clientèle est donc élevé. Ne comprenant pas toujours leurs erreurs, ils ont alors tendance à exiger du demandeur la production d'un maximum de documents qui ne conditionnent pourtant pas l'obtention de l'AME : multiplication des justificatifs de résidence en France avec l'espoir que l'un d'entre eux sera accepté par le service AME, documents non requis tels qu'un justificatif de domicile ou l'original du passeport avec lequel ils sont entrés en France pour prouver leur ancienneté de résidence, etc. Bref, plutôt que de courir le risque d'envoyer un mauvais dossier et d'être sanctionnés, les gestionnaires de clientèle préfèrent faire revenir le demandeur avec de « nouvelles preuves ».

Si un guichetier a envoyé un dossier incomplet au service AME, ce dernier lui est renvoyé. Eviter cette situation est d'autant plus important pour les agents de l'accueil que cela constitue une surcharge de travail pour eux :

« Il faut savoir que les dossiers incomplets te sont retournés après. Ça passe par la cadre, ensuite il faut que tu reprennes le dossier, que tu rappelles la personne,... » m'explique Laurence. Elle raconte qu'une fois, Marion a eu un retour pour « *un truc tout bidon* » : elle avait reçu un monsieur qui déclarait vingt euros de ressources mensuelles et quinze euros de dépenses mensuelles en

téléphone. Le service AME lui a fait un retour pour savoir ce que le monsieur faisait des cinq euros restants. Elle a « *halluciné* ». Comme elle avait oublié de prendre son numéro de téléphone, elle a dû lui faire un courrier, qui met quinze jours à arriver (la Caisse envoie ses lettres au tarif lent). N'ayant pas de réponse, elle a décidé avec l'accord de sa responsable de noter qu'il s'achetait un croissant de temps en temps. Elle a trouvé cette histoire vraiment ridicule. Suite à cet incident, Laurence préfère faire attention. Elle refuse ainsi d'envoyer un dossier d'AME sans preuve d'identité. Elle refuse même d'apposer sa signature sur une quelconque pièce du dossier de peur que le service AME se dise : « *Celle-là, elle fait des dossiers incomplets* ». (Journal de terrain, Centre des Tourelles, 02.04.10)

Par conséquent, lorsqu'un demandeur insiste pour déposer son dossier dans l'état, elle lui dit de le mettre dans la boîte aux lettres de l'agence, ne souhaitant pas risquer d'être compromise. Dans le cas d'une autre qui ne comprend pas bien ses réticences, elle accepte de le prendre en se disant qu'elle le déposera elle-même dans la boîte.

Ces exigences supplémentaires sont liées à la procédure d'apprentissage du droit de l'AME par tâtonnement ou essais-erreurs et elles accroissent les difficultés pour les personnes en situation irrégulière alors même que ces dernières remplissent toutes les conditions requises. Obligées de reprendre rendez-vous, bien souvent un mois plus tard, pour apporter de nouveaux éléments, souvent inutiles, elles voient leur accès aux soins retardé alors que, dans bien des cas, elles auraient obtenu un accord et reçu leur attestation sans problème si elles avaient directement envoyé leur dossier au service AME.

Normalement, selon les instructions internes à la CPAM des Champs, les entretiens AME devraient être effectués dès que les demandeurs se présentent au pré-accueil. Cela supposerait soit d'affecter un gestionnaire clientèle à ces questions, soit de demander à l'agent responsable du deuxième niveau de les accueillir au même titre que les autres usagers, mais en trente minutes au lieu de vingt. Cependant, recevoir des personnes en trente minutes augmenterait, ipso facto, le délai d'attente moyen, nuisant aux objectifs « qualité » des agents et des centres. C'est pourquoi deux des trois centres observés reçoivent uniquement les demandeurs de l'AME sur rendez-vous, quitte à les faire revenir et à augmenter d'autant le délai d'instruction de leur dossier.

Ces impératifs de productivité se combinent aussi avec des problèmes d'effectifs. Pour assurer à la fois le pré-accueil, le deuxième niveau, les rendez-vous et les entretiens AME, chaque centre doit être doté au minimum de cinq agents (sans compter le travail de « back office » qui leur est demandé). Mais, les centres étant en général en sous-effectif, les entretiens AME sur

rendez-vous sont privilégiés et le nombre de jours par semaine qui leur sont réservés varie selon les lieux et la disponibilité de leurs agents. Dans certains centres, les demandes d'AME étant importantes, il faut parfois attendre un mois pour obtenir un rendez-vous. En cas de manque d'effectifs, c'est la première mission à être reléguée, ces demandes n'étant pas considérées prioritaires. Pour une personne, cela peut signifier un mois d'attente pour constituer son dossier, suivi de deux mois pour que celui-ci soit instruit, soit la limite du délai légal. Il s'agit donc d'un retard aux soins conséquent qui conduit certains demandeurs à envoyer leur dossier par la poste au service AME, au risque de le voir retourné ou refusé, parce que mal rempli.

Anticiper les retours de dossiers d'AME incomplets peut cependant parfois faire gagner du temps aux demandeurs et éviter un surcroît de travail aux gestionnaires de clientèle puisqu'un dossier retourné suit exactement le même circuit qu'un premier envoi. Au vu de l'ensemble des délais entre l'entretien AME et l'obtention de celle-ci, un dossier, qui parce qu'incomplet au premier passage fait deux fois le circuit, prend au total six mois.

Les normes de productivité auxquelles sont soumis les gestionnaires de dossiers favorisent également les renvois de dossiers. Comme nous l'avons vu, chacun de ces gestionnaires est évalué en fonction du nombre de demandes qu'il instruit et de son taux d'erreur. Or, seules celles qui sont accordées sont revérifiées par le contrôleur. Si une erreur a été commise, cette dernière est consignée et le dossier repris par le gestionnaire avant d'être à nouveau contrôlé. Pour un gestionnaire de dossiers, avoir un taux d'erreur important ne signifie pas seulement voir disparaître ses chances de promotion ou d'augmentation, cela signifie également subir rappels à l'ordre et récriminations de la part des cadres du service, qui sont eux-mêmes notés en fonction des résultats de leurs agents. C'est pourquoi, il va préférer retourner son dossier plutôt que de risquer de faire une erreur s'il a un doute quant à la validité du justificatif présenté :

M. X a une CMU-C valable jusqu'au 30 juin 2008. Voyant cela Marie se demande s'il est bien en situation irrégulière. Elle décide de faire un retour pour lui réclamer un titre de séjour expiré ou un refus de titre de séjour, m'expliquant que si elle accorde le droit immédiatement, elle prend le risque que Carmen lui dise que ce n'est pas possible car il a des droits en cours à la CMU-C, et la pénalise dans son évaluation. (Journal de terrain, 24.06.08).

En cas de doute, l'agent a ainsi tout intérêt à privilégier les retours, puisque ces dossiers, plus rapides à traiter, peuvent lui permettre d'augmenter sa productivité, tout en lui évitant d'aggraver son taux d'erreur.

La marge de manœuvre peut alors avoir pour effet de limiter l'accès aux soins des personnes, pas seulement dans le sens déjà connu et largement documenté, c'est-à-dire par peur de la fraude ou d'abus d'une certaine catégorie de la population, mais aussi par crainte de faire preuve d'incompétence et pour sauvegarder sa réputation.

Pour les demandeurs qui se voient refuser leur dossier par erreur ou du fait d'une lecture restrictive du droit, ces refus n'étant pas supervisés, seule la voie des recours reste ouverte. Mais les recours gracieux sont instruits par les caisses qui les étudient selon la même interprétation des textes, la même logique de service et dans le même contexte de gestion et de productivité.

9.3.3 DES SOUPÇONS DE FRAUDE

Les procédures visant à lutter contre la fraude ainsi que le soupçon inhérent à l'éthos professionnel des agents de l'Assurance maladie et les catégorisations qu'ils se font des demandeurs ont également des conséquences sur l'accès à la couverture maladie en le rendant plus complexe. Tout d'abord, la liste des documents qui permettent de justifier de la stabilité est réduite légalement. Deuxièmement, les guichetiers rajoutent des conditions que les usagers n'auraient pas à remplir s'ils passaient par la poste. Soit parce que ces exigences sont institutionnalisées (comme le fait de réclamer une preuve de stabilité pour leur délivrer un formulaire), soit parce que les agents les jugent nécessaires dans le but de lutter contre la fraude, estimant que les demandeurs sont des « touristes médicaux » ou des « fraudeurs », soit parce qu'ils les anticipent. Nombre de guichetiers pensent en effet que les agents instructeurs du service AME sont très à cheval sur la condition de résidence et soupçonnent les demandeurs d'être des touristes médicaux. Par conséquent, ils insistent pour que cette condition soit bien remplie, quitte à demander plus de justificatifs que nécessaire, pensant qu'autrement le dossier « ne passera pas » l'instruction. Ainsi, les guichetiers font parfois une lecture très stricte de la preuve à donner, alors même qu'ils ne soupçonnent pas forcément les demandeurs de fraude, comme l'illustre l'exemple suivant :

Laurence reçoit une dame en entretien AME. Pour la preuve de stabilité, elle donne une ordonnance datée du 24.03.10 où le médecin déclare qu'elle est en France depuis 2008. Ce document pose problème pour Laurence car il ne prouve pas qu'elle est restée en France entre temps. Elle demande : « *Vous n'en avez pas d'autres ?* ». Non, la dame explique qu'elle ne les a pas gardés car elle ne savait pas que c'était important. Elle a un ticket de carte de transport, mais il y est juste

indiqué « 24 septembre » sans l'année. La dame dit « *Je n'ai rien d'autre, s'il vous plaît, aidez-moi, je vous en supplie* ». Sur la carte qui accompagne le ticket d'abonnement de transport, il y a noté 2008. La dame décide de réécrire dessus « 2009 » en demandant à Laurence de le prendre quand même. Laurence : « *Ok, mais je suis sûre que ça ne passera pas* ». Comme elle est sûre qu'il va y avoir un retour, elle surligne la date du 17 mars sur la liste des pièces justificatives en mettant le tampon du jour pour confirmer qu'elle l'a bien vue ce jour là. Elle prend le dossier de la dame mais m'explique ensuite qu'elle le déposera dans la boîte car elle ne veut pas qu'il y ait son nom dessus (sur le document des pièces à joindre, d'accord, mais pas sur la fiche entretien) car elle est sûre qu'il va être rejeté.

Ici, Laurence refuse surtout d'envoyer le dossier car elle est persuadée qu'il ne passera pas auprès du service AME, et non parce qu'elle soupçonne l'utilisateur de fraude. Elle n'a d'ailleurs aucune réaction quand cette dernière fait un faux. Elle ne s'y oppose pas, et ne remet pas en cause la durée de résidence de la dame, mais elle ne veut pas engager sa responsabilité au risque de passer pour une incompétente auprès du service AME.

Le fait que les erreurs des agents comptent dans leur évaluation les empêche ainsi de s'engager dans les échanges, de « tenter » de voir si le dossier passe, et ainsi d'investir dans ce sens la figure sociale. Le fait qu'ils aient besoin d'être sûr du dossier durcit l'évaluation et l'obtention. Ce n'est ainsi pas toujours les figures du « touriste médical » ou du « fraudeur » qui jouent : les agents ne les catégorisent pas forcément ainsi, mais craignent que ceux de l'AME le fassent et se couvrent en conséquence. C'est ainsi un mouvement de durcissement en cascade qui se dessine : les guichetiers, craignant d'être pénalisés et croyant que les instructeurs sont plus stricts, le deviennent à leur tour.

En renvoyant les demandeurs, les guichetiers effectuent finalement des opérations équivalant à des « retours », voire des « refus », alors qu'ils n'y sont pas habilités. Le passage par l'accueil, qui est souhaité par la direction, s'apparente ainsi parfois plus à un double contrôle qu'à une aide, multipliant ainsi par deux les difficultés à obtenir l'AME. Renvoyer les demandeurs vers les accueils peut ainsi durcir leur parcours et retarder leur accès aux soins.

Néanmoins les soupçons de fraude peuvent aussi parfois le faciliter. Les agents sont en effet pris dans des contextes organisationnels et des conditions de travail particulières qui, mélangés aux procédures de lutte contre la fraude, peuvent parfois tourner à l'avantage des demandeurs de l'AME, comme nous l'avons vu à travers l'exemple des entretiens AME.

9.3.4 DES RETARDS DE DROITS

L'ensemble de ce dispositif de « contrôle-rétribution-sanction » pousse les uns comme les autres à la productivité et à la perfection, mais génère également une pression constante qui a des conséquences sur le traitement des dossiers. Dans la mesure où seuls ceux accordés font l'objet d'un contrôle, nous avons régulièrement observé que pour éviter d'accroître leur taux d'erreur, les gestionnaires de dossiers privilégiaient les retours ou les refus. Ces types de dossiers qui prennent moins de temps à être traités, se présentent comme une solution de facilité et de rapidité pour les agents, bien que les cadres tentent de limiter les « retours » qu'ils perçoivent comme une augmentation de la charge de travail de leur service. En conséquence, les responsables du service AME mettent en place des pratiques managériales pour liquider leur « stock » le plus rapidement possible, en favorisant les refus ou, au moins, en accélérant les retours au moyen d'une procédure de vérification rapide de certaines rubriques à l'ouverture du courrier comme nous l'avons vu plus haut. Cette pratique génère néanmoins des retours mal faits : en se focalisant sur ces rubriques, le gestionnaire de dossiers ne vérifie pas si le dossier contient bien les éléments conditionnant l'octroi de l'AME. Et si ce n'est pas le cas, le demandeur se verra imposer un deuxième retour, rallongeant encore les délais.

Par cette politique des retours de dossiers, les employés du service AME ne barrent pas l'accès aux soins aux demandeurs (sauf quand le « retour » se transforme en « refus implicite »), mais le retardent. Lorsque les demandeurs sont renvoyés chez eux par les gestionnaires de clientèle, leur passage à l'accueil n'est pas pris en compte : ce n'est qu'une fois le dossier considéré comme complet, qu'il est tamponné et daté. Or c'est à partir de cette date que seront ouverts les droits à l'AME alors que si ce même dossier avait été directement adressé par la poste au service AME, c'est la date de réception du courrier dans le service qui aurait été retenue pour l'ouverture des droits, même si le dossier avait fait des allers-retours entre temps. C'est ainsi que des bénéficiaires de l'AME se retrouvent parfois en rupture de droits pendant quelques mois, ne pouvant payer le coût de leur traitement quand ils en suivent un.

Au final, c'est l'ensemble des pratiques et des cadres réglementaires que nous avons analysés qui forment un système aboutissant à « l'écémage » d'une partie des demandeurs de l'AME. La politique managériale du service AME se combine avec les errances administratives générées par les hésitations ou décisions malencontreuses dans les accueils des caisses, pour produire des refus et des retours en nombre. Les procédures elles-mêmes sont ainsi porteuses de traitements différentiels entre demandeurs.

CONCLUSION

Les refus de prestations et les différences de traitement ne peuvent ainsi être simplement imputés à une question de pouvoir discrétionnaire présent dans chaque administration. La marge de manœuvre vient ici servir d'autres logiques (managériales, politiques, parfois idéologiques) qui peuvent limiter comme avantager l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

Face aux exigences d'une productivité évaluée à partir d'indicateurs quantitatifs, les responsables et agents des caisses d'assurance maladie mettent en place des stratégies pour pouvoir traiter toujours plus de dossiers, toujours plus vite. Leurs marges de manœuvre en matière d'interprétation des textes sont utilisées pour améliorer le rendement des services, diminuer les « stocks » de dossiers en attente et atteindre les objectifs chiffrés.

Différentes lectures du droit peuvent ainsi être faites selon les caisses, mais également selon les agents. L'accès aux soins relève ainsi d'une certaine forme d'arbitraire, les demandeurs n'étant ni traités, ni informés de la même manière selon l'agent qui les reçoit : certains prennent le temps de les recevoir et de leur expliquer les démarches à suivre, sans mesurer leur temps. D'autres leur donnent seulement le formulaire et le document explicatif. Certains leur réclament l'ensemble des originaux, quitte à les faire revenir, tandis que d'autres se satisfont de photocopies.

Le soupçon fonctionne ici car il vient remplir un rôle : celui qui permet de donner un sens à son travail, de le professionnaliser, de donner une expertise et un savoir-faire à l'agent, celui qui permet à un service d'accroître sa productivité, celui qui permet de mobiliser un ensemble d'agents vers un but commun, un but « noble » : la défense du système de Sécurité sociale pour qu'il puisse être sauvegardé et venir ainsi en aide à ceux qui en ont « vraiment » besoin.

Ces usages, incitant les agents à demander toujours plus de preuves, ont pour conséquence de durcir l'accès aux soins des étrangers, mais la multiplication des retours ne s'explique pas seulement par le déploiement de la logique du soupçon. Les contraintes managériales auxquelles les agents font face ont également leur importance : retourner un dossier est moins dangereux pour eux que l'accorder surtout quand, non formés à cette prestation « particulière », ils ne savent quel élément est accepté et quel autre est refusé. Les demandeurs se trouvent ainsi pris au milieu de logiques organisationnelles et de productivité qui compliquent toujours plus leurs démarches. Cependant, le parcours peut parfois être simplifié et ces mêmes agents, pourtant si soupçonneux, deviennent arrangeants en effectuant des recherches Image et en trouvant d'eux-mêmes une preuve de stabilité pour un dossier incomplet.

Les limitations à l'AME prennent ainsi sens dans un système de restriction des coûts et des frais de fonctionnement où tout est à l'économie...ce n'est qu'en prenant en compte les contraintes organisationnelles dans lesquelles les agents des CPAM travaillent qu'on peut comprendre comment ils abordent ces dossiers d'AME (du soupçon du tourisme médical au rôle social que la venue de ces demandeurs leur permet de jouer, en passant par l'impératif de rendement).

Ainsi, plus que des typologies de comportements, on voit des postures qui évoluent en fonction des situations et des « opportunités ». Les usages du soupçon de fraude s'inscrivent ainsi dans un contexte de travail qui guide son utilisation. La fraude s'inscrit dans un système complexe de relations et doit s'étudier dans les interactions sociales qui la construisent, mais ces interactions doivent être replacées dans un cadre, le cadre organisationnel de travail ainsi que les relations professionnelles dans lesquelles elles prennent place.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE
--

Dans cette dernière partie, nous nous sommes intéressée à l'organisation du travail dans les caisses et à la manière dont les agents définissaient leur identité professionnelle et le sens de leur métier. Nous avons vu que ces différents éléments étaient en pleine mutation dans les CPAM, du fait du développement d'une logique de management gestionnaire s'inspirant des outils du new public management pour rendre les caisses plus rentables et les agents plus productifs. Quelles conséquences ont ces évolutions sur les manières dont les agents définissent leurs missions et l'accès aux soins ?

Nous avons vu qu'avec la mise en place des outils de la nouvelle gestion publique, l'accès à la couverture maladie, à la CPAM et aux agents se détériore : la productivité et la baisse des effectifs empêchent les agents de consacrer trop de temps à chaque usager, la spécialisation des tâches et la difficulté à interpréter les règles font que les agents connaissent mal les procédures et réclament plus de documents pour se prémunir d'une mauvaise évaluation. Tout cela rend les relations de guichet plus complexes : renvoi des usagers vers la plateforme téléphonique, difficulté à être reçu en box, impossibilité de faire vérifier son dossier, retours de dossiers souvent inexpliqués. Dans ces conditions, il devient très difficile d'obtenir la CMU-C, notamment pour les personnes qui ont des statuts précaires (plusieurs employeurs, périodes sans travail, étrangers qui changent de statuts administratifs, etc.). Ces difficultés touchent aussi les demandeurs de l'AME : ils se retrouvent envoyés d'un service à l'autre, peu d'agents peuvent les recevoir, ou uniquement sur rendez-vous (du fait de leur statut à part). La recherche de rendement (et notamment la diminution des temps d'entretien ou leur disparition) accroît ainsi les difficultés des usagers pour obtenir une couverture maladie, rendant d'autant plus complexe et impossible leur accès aux soins.

Les réformes inspirées du new public management ont également des conséquences sur les agents des CPAM. Leurs conditions de travail se détériorent : ils ne sont plus toujours en position de dominants et ne se sentent pas soutenus par leurs responsables. Ils sont également perdus face aux règles, ce qui les met en position plus difficile face à leurs supérieurs et aux assurés. Mais cela place également les responsables dans une position délicate. Les agents essaient alors de se protéger, en se couvrant face aux assurés et à leurs responsables (ce qui multiplie encore plus les difficultés des usagers, les agents devenant intransigeants et moins arrangeants), mais aussi en essayant de trouver des stratégies pour arriver à être productifs sans être exténués.

Le stress quant à l'interprétation des règles est plus présent aux services AME et expert où les rapports avec les demandeurs sont inexistantes et donc les stratégies de domination moins importantes, et où l'application et l'interprétation des règles constitue le cœur du métier. Ce stress peut guider les agents dans leur interprétation des situations : ils effectuent alors plus de retours quand ils ne savent que faire, pour éviter de se tromper et d'être mal évalués. Ils peuvent également recourir à des positions plus fermes (et notamment au soupçon de fraude), pensant que ce registre les fera passer pour plus sérieux et plus compétents auprès de leur collègues.

Les agents se retrouvent ainsi dans une position difficile : manque d'intérêt pour leur travail, baisse de la polyvalence et de l'expertise et relations conflictuelles avec les usagers. Certains arrivent à trouver un sens à leur mission en adoptant une position plus sociale, en prenant le temps de faire les dossiers. Ce sont ceux qui n'espèrent pas de promotion, soit parce qu'ils sont en fin de carrière, soit parce qu'ils comptent quitter la caisse pour partir ailleurs. D'autres recourent plus à une position pragmatique, cherchant à atteindre leurs objectifs tout en arrivant de temps à autre à améliorer une situation. Les responsables peuvent également recourir à un rigorisme de position en matière d'application des règles pour se prémunir des sanctions de la CNAM et affirmer leur autorité (leur statut de femme jouant sans doute aussi là-dedans). Ou encore au soupçon de fraude pour mobiliser leurs salariés. Tous cherchent ainsi à donner un sens à leur travail, à regagner en légitimité et en reconnaissance face aux usagers comme à leur hiérarchie.

A travers les outils du new public management, c'est finalement l'esprit gestionnaire qui se diffuse dans les caisses et, avec lui, un nouvel ethos professionnel qui se met en place : l'ethos gestionnaire (ou managérial (Martin, 2015)). Ce dernier s'articule à l'ethos de gardien du système social français puisque le deuxième peut parfois servir le premier : le soupçon autorise les responsables du département de l'accès aux soins à mettre en place une lecture plus rigoriste des règles formelles, qui leur permet d'augmenter la productivité de leurs services.

Des difficultés rencontrées par les usagers, nous sommes ainsi passée à celles vécues par les agents dont l'action est remise en cause de toutes parts (direction, usagers, associations). La perte d'assurance qu'ont provoquée les mutations est amplifiée par la manière dont les instructions sont données. Les règles étant multiples et sans cesse interprétables, les agents ne savent comment les appliquer. Les erreurs comptant dans leur évaluation, la marge de manœuvre que les règles impliquent s'avèrent en fait constituer une source de stress pour les agents ainsi que leurs responsables. Ils mettent alors en place des stratégies pour asseoir leur position de représentant d'une administration publique ou de responsable d'un service et leurs

compétences. Ces stratégies de reconnaissance se construisent dans les rapports avec les usagers et les acteurs extérieurs et peuvent faciliter l'accès aux soins comme elles peuvent le limiter.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans cette thèse, nous nous sommes penchée sur la question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Nous avons cherché à comprendre les mécanismes à l'œuvre derrière les difficultés rencontrées. Pour cela, nous nous sommes placée principalement du côté des agents de l'Assurance maladie. L'idée de départ était plutôt de s'intéresser aux discriminations qu'ils pouvaient mettre en place, à leur pouvoir arbitraire et leurs façons de catégoriser les étrangers, ce qui aurait pu expliquer des différences de traitement. Mais c'est finalement sur les problèmes qu'ils rencontrent eux, dans le cadre de leur travail, que nous nous sommes focalisée.

Pour comprendre les obstacles rencontrés par les demandeurs, il fallait analyser ceux qui jalonnent le travail et les trajectoires professionnelles des agents. C'est ainsi en suivant leur parcours et leurs aléas, à eux, que nous expliquons les difficultés mais aussi les facilités rencontrées par les demandeurs de l'AME. Car, comme la thèse le montre, l'obtention de l'AME n'est pas faite que d'obstacles et s'avère parfois plus simple que celle d'autres prestations comme la CMU-C. L'AME place ainsi les étrangers en situation irrégulière à la marge de la société, les confinant à une prestation d'aide sociale, mais cette dernière, prise dans les configurations actuelles du travail dans les administrations publiques, les intègre finalement parfois plus qu'une prestation d'assurance.

Pour répondre à ces questions, nous avons discuté plusieurs outils sociologiques, en interprétant tour à tour ces obstacles comme le fruit de discriminations structurelles, directes ou indirectes, et des effets de la réorganisation du travail suite à la diffusion des outils du new public management dans les caisses, ou encore de réappropriations individuelles d'agents qui cherchent à donner du sens à leur travail. En guise de conclusion, nous reviendrons tout d'abord sur ces résultats, puis nous aborderons les éléments que cette thèse laisse en suspens et les pistes de recherches qui pourraient être approfondies.

1. Des difficultés qui s'expliquent en partie par l'organisation du travail dans les CPAM

Le premier apport de cette thèse est de montrer que la diffusion des outils du new public management dans les CPAM a des conséquences sur l'accès aux soins, et notamment sur celui des étrangers en situation irrégulière, mais aussi plus largement sur les personnes en situation de précarité.

L'instauration de la CMU et de l'AME dans les années 2000 s'inscrit dans un contexte d'évolution du travail dans les CPAM, mais aussi plus largement de gestionnarisation des administrations sociales. Les dépenses de santé sont appréhendées comme un coût pour l'économie. L'objectif est dès lors de les réduire. Un nouveau référentiel des politiques sociales se développe ainsi depuis les années 1980 : celui de la maîtrise des dépenses de santé. En parallèle, c'est également un mouvement de modernisation des administrations publiques qui se met en place et vise à réduire leurs dépenses de fonctionnement. C'est ainsi, dans le but de rendre les CPAM, plus productives que des nouveaux outils de management et d'évaluation, inspirés du new public management vont y être mis en place. A la croisée de ces différentes évolutions, c'est finalement un nouvel ethos d'agent de l'Assurance maladie qui se construit, celui de l'ethos gestionnaire : les agents doivent désormais être productifs. Cette donnée fait partie intégrante de leur travail et est reconnue comme une compétence. Les agents sont désormais formés et incités (notamment via leur évaluation) à adhérer à une logique productive du travail.

Des outils de gestion se mettent ainsi en place pour maîtriser les dépenses, tant au niveau des politiques de déremboursement qu'à celui de l'organisation du travail dans les caisses. Cette organisation qui fait appel au productivisme et à la spécialisation des tâches a des conséquences à la fois sur 1) le service rendu (difficultés d'obtenir des informations sur les démarches à faire ou sur l'évolution de son dossier), 2) l'accès aux soins des demandeurs qui s'avère retardé voire impossible, 3) le sens que donnent les agents à leur travail, différentes conceptions s'opposant alors. Tout cela contribue à créer des relations instables et agressives, voire violentes, au guichet et à placer les agents dans une position qui n'est plus si dominante face aux usagers et aux acteurs extérieurs. Ils mettent alors en place des stratégies pour rasseoir leur position, tactiques qui ne sont pas sans effet sur l'accès au service public et aux soins. Revenons plus en détails sur ces différents points.

Des outils du new public management ont été mis en place dans les caisses : les agents ne sont plus évalués selon leur ancienneté mais en fonction de leur mérite, calculé en fonction de leurs « performances » (nombre de dossiers traités et taux d'erreurs pour les gestionnaires de dossiers, respect des délais d'entretien et d'attente et taux d'erreurs pour les gestionnaires de clientèle). Les points d'augmentation étant délivrés par service, une sorte d'émulation de groupe est recherchée, mais crée aussi une mise en concurrence : entre les services et entre les agents puisque, même si les augmentations sont fonction des résultats du service, elles sont ensuite distribuées individuellement et seulement à un nombre restreint d'agents.

Ces objectifs influencent l'instruction des dossiers. Lorsqu'il n'est pas sûr de sa décision, l'agent préfère renvoyer un dossier au demandeur pour lui demander des pièces

complémentaires plutôt que de l'accepter (ces derniers étant les seuls à être contrôlés). Cette préférence pour les retours est également présente dans les accueils où les gestionnaires de clientèle, peu ou pas formés à l'AME, connaissent mal ce droit et préfèrent « bourrer » les dossiers en demandant de nombreuses pièces justificatives plutôt que de risquer de voir leur dossier retourné par le service AME et d'être ainsi mal noté. Ces procédures, mises en place par les agents pour se « couvrir », rallongent alors les délais déjà longs d'obtention de l'AME. Les demandeurs doivent rapporter des pièces, et ce parfois à plusieurs reprises, ce qui peut s'avérer particulièrement difficile quand il n'est pas possible d'avoir de nouveau rendez-vous avant un mois. Nos résultats corroborent ainsi ceux de Pascal Martin (2012), en insistant néanmoins sur les effets de cette organisation du travail sur l'accès aux soins et en discutant la question des discriminations.

Plus que de discriminations raciales ou ethniques, c'est alors des effets de l'organisation que les demandeurs pâtissent. Ils ne sont pas les seuls dans cette situation, mais le fait qu'ils dépendent d'une prestation à part (la seule d'aide sociale à être gérée par la Caisse) accentue leurs difficultés puisqu'ils sont reçus séparément (comme il y a moins d'accueil, les délais sont plus longs) et que les agents connaissent moins bien cette réglementation (notamment à l'accueil). La thèse montre ainsi que la non réalisation de l'accès théorique n'est pas à chercher uniquement du côté du racisme, mais aussi du côté de l'organisation et du sens du travail. Les catégorisations sociales sont produites dans le cadre de leur exercice professionnel, même si l'on peut faire l'hypothèse que leurs dispositions sociales les influencent aussi, il faut également s'intéresser à la manière dont le travail formate les catégorisations des agents et aux usages que ces derniers en font. Ces catégorisations nous en disent en effet beaucoup sur la manière dont ils pensent leurs missions, dont ils se les représentent. La thèse montre ainsi, à la suite des recherches d'Alexis Spire (2008), de Nicolas Jounin (2009) ou encore de Jérôme Berthaut (2013), qu'il est primordial de prendre en compte les conditions de travail des agents pour comprendre les mécanismes à l'œuvre derrière les discriminations et traitements différentiels et les fonctions que ces dernières peuvent servir. C'est ainsi en agissant sur les conditions de travail des agents que l'on pourra lutter contre les traitements inégalitaires et l'essor du soupçon, et non pas seulement en agissant aux niveaux de leurs conceptions et préjugés.

2. Un management qui déconstruit les identités professionnelles et les compétences

C'est aussi la définition même du métier de guichetier de l'Assurance maladie qui est remise en cause par les évolutions que nous avons rappelées. Cela s'explique par deux évolutions :

celle de la nature de leurs tâches et celle de la composition du public qui se rend dans les accueils.

Tout d'abord le travail des agents a fortement évolué, notamment dans les accueils, où il s'est spécialisé. C'est en effet une politique de *lean management* qui se met en place dans les CPAM. Pour éviter les pertes de temps, les tâches des agents sont spécialisées. Les cadres estiment que si l'agent effectue toujours la même tâche, il se spécialisera dans cette fonction et le fera plus rapidement. La division des tâches permet ainsi d'accroître la productivité des services. Cette sur-spécialisation engendre néanmoins une perte de compétence pour l'agent, ainsi qu'une perte d'intérêt. Le technicien a l'impression d'agir en automate et d'exercer une mission inutile. Il ne trouve plus de sens à son travail, d'autant que la conception gestionnaire du travail, qui l'oblige à aller vite, entraîne une baisse de la compétence réglementaire qui fondait son métier. Les agents n'ont plus le temps de s'informer des dernières évolutions législatives. Face à un public qui est par contre mieux informé, via Internet ou des associations d'usagers, il se sent d'autant plus incompetent et inutile.

Dans le même temps, c'est la composition du public qui change : avec le développement des plateformes téléphoniques, ce sont les usagers les moins dotés socialement et ceux qui ont les dossiers les plus complexes qui se rendent dans les accueils. Du fait des injonctions gestionnaires, les agents ont néanmoins très peu de temps pour les recevoir. Ces délais ne sont pas du tout adaptés à ces situations, sauf dans le cas de l'AME. Dans ce cadre, les demandeurs de la CMU-C cristallisent les tensions dans les accueils. Les agents expliquent la dévalorisation de leur travail par la surreprésentation de cette population plutôt que par la réorganisation imposée par la direction. Alors qu'auparavant ils traitaient un dossier dans sa totalité, ils n'agissent plus que sur des points précis, ne creusant jamais la situation. Ils se sentent alors inutiles.

Tout cela rend les relations et les situations de plus en plus complexes, notamment pour les bénéficiaires/demandeurs de la CMU-C qui ont de plus en plus de mal à obtenir quelque'un au téléphone, être reçus en box ou faire vérifier leur dossier, ce qui compromet le succès de leurs démarches. Ces difficultés touchent aussi les demandeurs de l'AME : ils se retrouvent renvoyés d'un service à l'autre, avec peu d'agents pour les recevoir, et ce bien souvent uniquement sur rendez-vous.

Dans cette configuration, le climat de travail des agents se détériore. Face à des usagers mécontents qu'ils ne peuvent satisfaire ni informer, les agents ne sont pas toujours en position de dominants dans les rapports de guichet, surtout quand ils ne se sentent soutenus ni par leurs chefs et collègues, ni par leur institution. L'individualisme encouragé par la nouvelle gestion

publique a cassé les rapports de solidarité. Ils sont également perdus face aux règles, ce qui les met en position plus difficile face à leurs chefs et aux assurés. Ils essayent alors de se protéger : de se couvrir face aux assurés et à leurs responsables (ce qui multiplie encore plus les difficultés des usagers), mais aussi de trouver des astuces pour arriver à être productifs sans être exténués (résistance à la productivité) : ils bricolent et mettent des stratégies en place.

Ces évolutions et problèmes de compétence et de reconnaissance touchent également les responsables de service qui sont eux-mêmes peu formés à la réglementation et soumis à des objectifs de productivité qu'ils doivent atteindre, mais aussi faire respecter. Certains peuvent alors recourir à une position ferme d'application des règles pour se prémunir contre les sanctions de la CNAMTS, ne pas passer pour des personnes incompetentes et montrer qu'elles ont de l'autorité et de la poigne, ce fut le cas avec l'exemple des Roms-Roumains.

Face à ces évolutions, les agents peuvent ainsi adopter trois attitudes : une « pragmatique » qui consiste à placer le respect des objectifs en priorité de leur travail, une de « gardien du système » qui consiste à être plus suspicieux et à placer au cœur de leur travail la mission de lutte contre la fraude, une « sociale » qui consiste à favoriser l'accès aux droits. Cette dernière va généralement à l'encontre de la première qui ne lui laisse pas le temps d'exister. Nous parlons de posture pragmatique plutôt que gestionnaire parce que, selon nous, l'ensemble des agents est gestionnaire (à des degrés divers) : il est vraiment difficile de passer à côté de cet esprit gestionnaire. Même ceux qui valorisent une posture sociale, ont du mal à faire fi de toute contrainte gestionnaire (notamment en termes de temps à l'accueil : il est difficile de consacrer un temps infini à un usager quand la queue ne cesse de s'allonger). Par pragmatiques, nous entendons ainsi ceux qui surinvestissent cette logique gestionnaire, en cherchant plus particulièrement à atteindre les objectifs et font de leur productivité une compétence professionnelle.

Le recours à ces différentes postures peut compliquer l'accès aux soins (quand les agents recourent plutôt au soupçon pour donner un sens à leur travail et prouver un certain savoir-faire ou une posture d'autorité), mais il peut aussi le simplifier quand les agents adoptent une posture sociale. Du fait de l'organisation du travail et de l'interdiction de recevoir les demandeurs de la CMU-C en deuxième niveau, il est difficile pour les agents des CPAM d'exercer une fonction sociale à travers la réception de ces usagers. Les entretiens AME, qui durent trente minutes, soit le temps maximum, peuvent par contre remplir ce rôle. Reçus, les étrangers en situation irrégulière arrivent ainsi à mieux faire valoir leur dossier que les demandeurs de la CMU, même si le manque de communication au sein des CPAM, la productivité et leur statut particulier peuvent entraîner de fortes complications. Quant aux

agents, ces temps d'entretien plus longs leur offrent l'opportunité, en plus de travailler plus calmement, de réinvestir un sens social dans leur travail. Ceux qui ne le trouvent plus dans les autres tâches sont alors particulièrement friands de ces demandeurs de l'AME (les usagers « top ») qui deviennent même la spécialité des personnels qui ont craqué nerveusement.

Le recours aux outils de la nouvelle gestion publique, en cassant les anciennes identités au travail, en enlevant tout sens aux missions, en transformant les agents en automates, s'avère ainsi parfois placer les étrangers en situation irrégulière dans une position favorisée auprès des agents d'accueil.

3. Divers usages de la rhétorique du soupçon

Alors que l'on pourrait croire que le soupçon et les refus de droits découlent des agents, cette thèse montre qu'ils sont au contraire mis en place au niveau institutionnel. Une rhétorique du soupçon se diffuse en effet du haut vers le bas dans les caisses. Les agents sont ainsi incités à être soupçonneux par les directives, les outils qui limitent leur action et leurs responsables. Ils n'appliquent néanmoins pas cette rhétorique à la lettre, mais la réinvestissent de diverses manières en fonction du sens qu'ils donnent à leur travail et de la reconnaissance qu'ils recherchent.

Face aux mutations du travail qui détruisent les compétences professionnelles et le sens qu'ils donnaient à leur travail, les agents trouvent dans la rhétorique du soupçon des ressources pour valoriser leur position : elle leur permet de développer une expertise, de donner un sens à leur travail ou encore, pour les cadres, de motiver leur salariés et de rendre leurs services plus productifs.

Si les agents usent de catégorisations et de la rhétorique du soupçon, c'est parce que ces éléments ont, au-delà des schèmes politiques et structurels qui les construisent et les véhiculent, une fonction dans le déroulement du travail administratif. Ils aident les agents à faire leur travail et ce particulièrement quand il s'agit d'aller vite. La rhétorique du soupçon est alors un outil, une ressource pour les agents. Elle fonctionne finalement comme un répertoire d'action : cette logique d'action est disponible et les agents s'en servent pour effectuer leur travail. L'usage de cette rhétorique n'est ainsi pas forcément chargé moralement, mais répond plutôt à un usage pragmatique, notamment de la part des cadres : faire en sorte de mobiliser leurs agents pour qu'ils soient plus productifs. C'est pour cela que contrairement à Alexis Spire (2008 ; 2016) nous n'interprétons pas cet usage du soupçon comme un enrôlement, mais y voyons plutôt une réappropriation par les agents de cette rhétorique, une co-construction à laquelle ils participent.

Notre thèse montre notamment que le recours au soupçon peut servir la productivité (et donc la logique gestionnaire) de deux manières : d'abord du point de vue des responsables en leur permettant de mobiliser leurs salariés, et ensuite du point de vue des agents en leur garantissant d'être plus productifs. Revenir aux études sur le fonctionnement du management nous a permis de mieux saisir cela. Danièle Linhart (2009) a rappelé que : « le management moderne décompose la subjectivité de [la] personne en ressources émotives, affectives, qu'il actionne de façon efficace et performante pour l'entreprise » (2009 : 209). Si l'on suit cette idée, on s'aperçoit que les responsables du département de l'accès aux soins et du service AME utilisent le soupçon, comme ressource émotive et affective, pour mobiliser leurs salariés et les rendre ainsi plus productifs. La rhétorique du soupçon permet également de mettre en place des mesures de gestion des dossiers plus rapides, qui permettent à terme de faire diminuer le stock de dossiers et de mieux gérer leur flux (en évitant les retours de dossiers qui viennent s'ajouter au stock).

Dans une étude comparant deux CPAM, l'une en région parisienne et l'autre auvergnate, Sacha Leduc (2015) distingue des réactions et pratiques différentes chez les techniciennes d'accueil selon qu'elles appartiennent à l'une ou l'autre de ces CPAM. Il note un plus fort ressentiment à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans la CPAM parisienne qu'il explique par une position sociale plus proche entre agents et usagers (la faiblesse du salaire ayant plus de conséquences en région parisienne qu'en Auvergne) et qui, selon lui, prend deux formes distinctes d'exercice du travail. Tandis qu'à la CPAM auvergnate la logique de productivité prime sur les autres, à la CPAM parisienne c'est la logique de contrôle qui est la plus forte. S. Leduc distingue ainsi logique de contrôle et logique de productivité comme si elles étaient opposées. C'est ce point que notre travail voudrait nuancer. Pour nous ces deux logiques ne sont pas contradictoires, au contraire elles s'articulent, la logique de contrôle pouvant servir celle de productivité. L'incitation au soupçon (par les chefs de service) ou le recours au soupçon (par les employés eux-mêmes) servent la productivité : au nom du soupçon les agents peuvent décider de retourner des dossiers plus rapidement, estimant qu'ils n'ont pas à adopter une posture sociale en leur signalant qu'il manque tel ou tel document.

La rhétorique du soupçon, tout comme l'injonction gestionnaire, n'entraîne néanmoins pas forcément une attitude rigoriste chez les agents. Tout d'abord, les agents peuvent être amenés à être plus souples au niveau de l'instruction du dossier dans le but de faciliter et donc d'accélérer cette dernière, deuxièmement les temps de réception des usagers, en étant plus longs, permettent en fait aux agents de nouer des relations avec les demandeurs de l'AME et ainsi d'exercer une mission sociale qu'ils ne peuvent exercer autrement. Troisièmement, certains agents recourent au soupçon dans un but purement pragmatique et gestionnaire, sans

éprouver pour autant du ressentiment à l'égard de ces personnes. Contrairement à Sacha Leduc (2008), nous n'interprétons ainsi pas cet « appel au contrôle » (comme il le nomme) par le ressentiment que les agents pourraient nourrir envers ces personnes, mais par un usage opportuniste de la ressource professionnelle que constitue pour eux la rhétorique du soupçon.

Mais si la rhétorique du soupçon n'engendre pas forcément une lecture rigoriste des situations, le contrôle hiérarchique, lui, a cet effet. Les agents étant évalués en fonction de leur taux d'erreurs, ils sont incités au rigorisme : alors que le contrôleur ne saura pas si l'agent a refusé une preuve de résidence qui était valable, il le sanctionnera si ce dernier, dans une attitude plus souple, a accepté un justificatif dont il n'était pas sûr de la valeur. Nous retrouvons ici le même constat qu'Alexis Spire (2008) dans son étude sur les préfectures. Cela explique la multiplication des retours à l'accueil comme au niveau du service AME. La lecture rigoriste des dossiers est ainsi engendrée par l'organisation managériale de la caisse, plutôt que par les conceptions et les préjugés des agents, même si ceux-ci peuvent aussi exister et avoir des conséquences en termes d'accès aux droits (comme dans le cas des Roms-Roumains).

4. Des acteurs des politiques publiques

Les politiques publiques ont construit différentes figures d'usagers : l'assuré, l'assisté (bon et mauvais), l'étranger en situation irrégulière et le touriste médical. Ces catégorisations sont réutilisées par les agents et se transforment au gré de leurs pratiques, leurs impératifs de travail, leur ethos professionnel et leur façon de percevoir les choses en fonction de leurs services et leurs postes. Mais les agents ne font pas qu'appliquer ces figures, ils les remodelent et peuvent aussi chercher à peser sur les choix politiques.

A travers la construction de la catégorie des « Roms-Roumains », on a vu comment la peur de l'appel d'air et le soupçon de tourisme médical pouvaient orienter les réactions et les pratiques des agents. Cet exemple nous a également permis d'illustrer la manière dont les salariés des CPAM peuvent mettre en place des pratiques illégales et surtout influencer sur la loi et le traitement réservé aux étrangers. Les règles et catégories s'imposent ainsi du haut vers le bas, puis circulent entre les différents niveaux intermédiaires pour finalement se redessiner du bas vers le haut et s'instituer à nouveau en réempruntant le circuit légal (du haut vers le bas) qui légitime alors les pratiques, auparavant illégales, des caisses. Les directives ne sont pas seulement des textes votés par le Parlement et qui seraient minutieusement appliqués par les agents de l'Assurance maladie. Nombre d'acteurs entrent en ligne de compte dans la construction de ces politiques publiques qui évoluent et se redessinent en même temps

qu'elles sont appliquées. La conception que ces différents acteurs se font de leur métier, les préjugés qu'ils ont vis-à-vis de certaines populations, la manière dont leur travail est organisé et les objectifs qui leur sont fixés interfèrent ainsi dans l'interprétation et la pratique qu'ils font d'un texte et la redéfinition de la règle. Ces positions s'inscrivent également dans des conditions de travail particulières qui les redéfinissent et les transforment : c'est en fonction de ses conditions de travail, de sa manière de percevoir le travail et de le définir qu'un agent va opter pour une position plutôt qu'une autre, ou qu'il se positionnera par moment selon l'une et à d'autres moment selon l'autre. Les usages des catégories doivent donc s'apprécier au regard des conditions de travail dans lesquelles évoluent les agents. La manière dont est organisé leur travail et dont sont restructurés leurs missions et leurs rôles jouent sur la façon dont ils vont percevoir et donc accueillir les usagers, les aider ou faire barrage à leurs demandes de droits sociaux.

5. Les étrangers en situation irrégulière : un public pas particulièrement illégitime

Un autre apport de la thèse est de tourner le regard (centré sur le discours, politique et médiatique sur l'AME) sur les pratiques et les perceptions des agents. Au niveau politique, l'AME est décrite comme représentant un coût exorbitant pour le système de santé, et ce notamment du fait de l'appel d'air qu'elle engendrerait. La présentant comme un risque pour le système social français, de nombreux acteurs demandent à ce qu'elle soit plus contrôlée, voire réformée. Nous avons noté, à ce propos, que son public était plus soupçonné de fraude que les autres : des mesures particulières ont été mises en place pour limiter la consommation de soins de ces personnes.

Mais le discours politique, comme le discours institutionnel, n'est pas celui des agents, et même si ces derniers peuvent user de la rhétorique du soupçon, ce n'est pas de la même manière. Nous avons montré que les étrangers en situation irrégulière n'étaient pas stigmatisés en fonction de l'irrégularité de leur séjour. Cette dernière s'avère d'ailleurs parfois jouer en leur faveur, quand les agents les classent de ce fait comme des invalides. Néanmoins, l'irrégularité ne joue jamais seule. Elle est toujours imbriquée à d'autres attributs, comme le niveau de ressources et l'attitude de ces personnes. C'est, par conséquent, lorsque les agents les catégorisent comme de mauvais pauvres et de mauvais étrangers, à travers la figure du touriste médical, que leur accès à la prestation se durcit. Or, comme nous l'avons montré, le fonctionnement de l'Assurance maladie, en refusant de leur reconnaître le statut de travailleur, et en ne leur permettant d'être protégé qu'au titre de la pauvreté, accentue ce regard sur eux. Or, ce statut de « pauvre » peut jouer favorablement comme négativement contre eux.

Favorablement s'ils sont perçus comme de « bons pauvres », défavorablement s'ils sont perçus comme des personnes venant en France pour se faire soigner car elles n'ont pas les moyens de l'être ailleurs. Leur statut économique est alors perçu comme un poids pour le système social français.

Le discours politique sur l'AME n'est ainsi pas vraiment repris par les agents de l'Assurance maladie. La rhétorique du soupçon présente dans les caisses ne vise pas particulièrement les étrangers en situation irrégulière. Là où le discours politique semble opposer de plus en plus les nationaux aux non nationaux, en supprimant la condition de résidence pour les Français, les agents des CPAM privilégient quant à eux une distinction entre cotisants et non cotisants, et, parmi ces derniers, entre assistés valides et invalides. Ce sont ainsi plus les logiques de l'assistance qui leur permettent de départager les usagers que celles de la politique migratoire.

Finalement, plus que la question de l'origine, c'est celle du statut à part des demandeurs (et la position particulière dans laquelle les place ce statut) qui compte pour appréhender leur accès à la couverture maladie et aux soins. Ce n'est pas parce qu'ils sont en situation irrégulière que ces étrangers sont mieux pris en charge dans ces structures, ce n'est pas non plus parce qu'ils bénéficient de l'AME. C'est parce que l'AME permet aux agents de la CPAM de donner un sens à leur travail. Paradoxalement, le développement d'outils de lutte contre la fraude en matière d'AME s'avère rendre l'obtention de cette prestation plus aisée.

Le fait d'être en situation irrégulière n'est finalement pas le statut le plus excluant du point de vue de l'accès aux soins. Il permet d'obtenir l'AME ou les soins urgents et vitaux, tandis que les européens doivent prouver qu'ils n'ont pas d'autres protections et que les étrangers en situation régulière doivent attendre trois mois pour que leurs soins soient pris en charge. L'AME est également perçue par les demandeurs comme une prestation plus facile à obtenir et moins complexe que la CMU-C. Le fait de dépendre d'une prestation à l'écart constitue alors un atout comme un inconvénient pour les bénéficiaires qui, bien que reconnaissant les difficultés pour l'obtenir, préfèrent parfois dépendre de ce système plutôt que passer à la CMU (en opposition avec les revendications des associations).

L'irrégularité n'est ainsi pas un élément de délégitimation. Celui qui est soupçonné c'est l'étranger, de toute sorte, pas l'irrégulier en particulier. De plus, la simple perception d'illégitimité ne suffit pas pour classer les usagers. Il faut qu'elle s'inscrive dans un système plus large de réactions et de recours professionnels, qu'elle vienne confirmer d'autres valeurs, d'autres rôles pour justifier des pratiques illégales, qui sont alors perçues comme nécessaires. Ces pratiques sont vues comme supérieures parce qu'elles permettent de défendre le système

général, de défendre la loi, de défendre des principes qui seraient supérieurs, comme dans le cas des Roms-Roumains.

6. Une mise au travail des usagers

Cette thèse nous permet également de développer en guise d'ouverture la question du rôle productif qui est attendu de la part de l'utilisateur. Le bon utilisateur est finalement, pour l'agent, celui qui fait en quelque sorte une partie de son travail à sa place : il a bien apporté toutes les pièces demandées, mais les a aussi classées et triées dans le bon ordre évitant ainsi au technicien de perdre du temps, et surtout lui en faisant gagner. Les bons utilisateurs sont ainsi des personnes « responsables », c'est-à-dire, au sens où l'entendent les agents, des personnes qui savent effectuer leurs démarches toutes seules. Cela renvoie ainsi à l'idée de responsabilisation et d'autonomie promue par les politiques sociales, mais aussi au fonctionnement de la nouvelle gestion publique avec la sous-traitance des tâches, non seulement aux acteurs privés extérieurs, mais aussi aux individus eux-mêmes via internet et le téléphone et ainsi à l'idée de mise au travail des clients (Dujarier, 2008 ; Tiffon, 2013). Le demandeur imprime lui-même ses attestations et formulaires (évitant ainsi des frais aux caisses), met son dossier à jour via les bornes informatiques et allège ainsi le travail des agents.

Les mauvais utilisateurs sont ceux qui leur font perdre du temps. Lorsqu'ils les qualifient d'irresponsables car ils n'ont pas effectué leurs démarches dans les temps, les agents leur reprochent finalement de ne pas être assez opérationnels, de ne pas faire le travail souhaité pour leur permettre de traiter leurs dossiers plus rapidement et d'être ainsi plus productifs.

Les critiques des agents face à ces utilisateurs, leurs tentatives de responsabilisation et d'éducation des « mauvais pauvres » sont ainsi à comprendre comme des mesures qui permettent finalement de leur mâcher le travail, en formant les utilisateurs aux modes de fonctionnement de l'administration, comme l'a montré également Jean-Marie Pillon (2013) à propos de Pôle emploi. L'injonction à l'autonomie (Duvoux, 2009) qui est ainsi présente dans certains guichets de l'aide sociale, comme pour les demandeurs du RSA, et que l'on ne retrouve pas en matière d'AME – aucune contrepartie en termes de comportement n'étant demandée à ses bénéficiaires (mise à part l'obligation de rester sur le territoire) –, se matérialise ainsi aux guichets de l'Assurance maladie, comme à ceux de Pôle emploi, sous la forme d'une injonction à la responsabilisation qui se résume en fait à adopter un comportement productif pour l'administration. La responsabilité se définit ainsi à la fois par une attitude économique face aux dépenses de santé (ne pas coûter trop cher à la Sécurité

sociale, limiter ses visites, prendre des médicaments qui sont remboursés) et une attitude productiviste au guichet (imprimer soi-même son dossier, le ranger dans l'ordre désiré pour faciliter le travail des agents). La recherche de productivité des caisses ne semble alors pas atteignable sans cette mise au travail et cette responsabilisation des usagers.

Des pistes de recherche à explorer

Ces résultats ouvrent plusieurs pistes de recherche à explorer. Un premier développement pourrait se faire autour de la notion de « street-level bureaucrats » et du soupçon de fraude : la recherche a montré que les agents de l'Assurance maladie, qui sont des employés, avaient une faible autonomie dans leur prise de décision, bien qu'ils soient dotés d'un pouvoir discrétionnaire. Il pourrait être intéressant de comparer leurs usages du soupçon de fraude avec ceux de professionnels de la santé tels que des médecins. Cela permettrait d'interroger l'opposition entre professionnels et employés et de voir ses effets à la fois en termes de marge de manœuvre, de pouvoir discrétionnaire et de soupçon de fraude. Nous avons remarqué dans cette thèse que, bien que la rhétorique du soupçon ait été très présente en matière d'AME dans les caisses, et qu'elle ait imprégné les pratiques des agents, elle ne menait pas forcément à des discriminations directes, qui trouvent peu de moyens de s'exprimer dans cette ligne hiérarchique. Nous pourrions voir si nous notons des différences avec la profession médicale.

Nous aimerions également nous arrêter sur la manière dont les médecins perçoivent l'AME et ses demandeurs, et ce à deux niveaux. Chez les médecins libéraux tout d'abord. Plusieurs enquêtes se sont intéressées aux refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, mais peu ont traité des mécanismes à l'œuvre dans les refus de recevoir les bénéficiaires de l'AME. Pourtant les enquêtes ont montré que ces derniers en faisaient plus souvent l'objet. Quelles différences les médecins perçoivent-ils entre ces deux types de patients ? Est-ce que l'illégitimité des étrangers en situation irrégulière joue davantage ici ? Est-ce que des médecins s'arrogent plus le droit de trier les patients et de les discriminer ? Il nous semble ainsi intéressant de creuser le lien entre statut professionnel et discrimination ou traitement différentiel et de voir si cela joue.

Nous souhaiterions aussi nous pencher sur les pratiques des médecins hospitaliers et notamment celles de ceux qui reçoivent des patients sans couverture maladie et non affiliés. Comment les médecins réagissent-ils face à ces situations alors qu'ils sont eux-mêmes soumis à de fortes contraintes gestionnaires ? La diffusion du New public management dans les hôpitaux a-t-elle des conséquences en matière de réception des

patients ? La situation des professionnels exerçant dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) nous intéresserait particulièrement.

Un travail comparatif entre plusieurs CPAM pourrait permettre de creuser la question de la diffusion de la rhétorique du soupçon et du rôle joué dedans par l'encadrement. Nous pourrions alors voir s'il existe des différences locales et comment le profil social et la formation des responsables et des directeurs peuvent jouer sur les réappropriations des logiques du soupçon. Cela permettrait aussi de voir si les agents catégorisent les bénéficiaires de l'AME et de la CMU-C de la même manière en fonction de leur implantation territoriale et du nombre de ces dossiers qu'elles traitent. Les recherches de Sacha Leduc (2015) donnent des pistes intéressantes à creuser en termes de différences sociales des agents selon le lieu où est implantée la Caisse.

Enfin, une étude sur les catégorisations ethno-raciales des demandeurs de la CMU-C pourrait être poursuivie. Là où on a constaté que le statut d'irrégulier écrasait les autres différences en matière d'AME, il serait intéressant de voir si l'on recense plus de catégorisations ethno-raciales des usagers en matière de CMU-C, comment elles se mettent en œuvre et si elles ont des conséquences sur l'accès aux droits.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM-VEZINA Emilie (2015). *Migrantes africaines séropositives : une comparaison France-Canada (Québec). La combinaison de la migration, des violences et du VIH-sida comme révélateurs de l'articulation des rapports sociaux de pouvoir*. Thèse d'anthropologie-sociologie sous la direction de Catherine Quiminal, Université Paris Diderot, 558 p.

AGAMBEN Giorgio (1997). *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris : Seuil, 216 p.

AÏACH Pierre et FASSIN Didier (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *Revue du Practicien*, 54, 2221-2227.

AKOKA Karen (2011). L'archétype rêvé du réfugié, *Plein droit*, 90, 13-16.

AKOKA Karen et SPIRE Alexis (2013). Pour une histoire sociale de l'asile politique en France, *Pouvoirs*, 144, 2013, 67-77.

ANDRE Jean-Marie et AZZEDINE Fabienne (2016). Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance, *Public Health Reviews*, 37, 1-16.

ARENDT Hannah (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy, 369 p.

ASTIER Isabelle et DUVOUX Nicolas (2006). *La société biographique : une injonction à vivre dignement*. Paris : L'Harmattan, 212 p.

ASTIER Isabelle (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris : Presses universitaires de France, 200 p.

ASTIER Isabelle (1997). *Revenu minimum et souci d'insertion*. Paris : Desclée de Brouwer, 276 p.

AUGUST Patrick et VEÏSSE Arnaud (1999). Droit à la santé et situation d'exil, *Informations sociales*, 78, 74-81.

AUYERO Javier (2011). Patients of the state. An Ethnographic Account of Poor People's Waiting, *Latin American Research Review*, 46(1), 5-29.

BARRON Pierre, BORY Anne, CHAUVIN Sébastien, JOUNIN Nicolas, et TOURETTE Lucie (2011). *On bosse ici, on reste ici ! La grève des sans-papiers : une aventure inédite*. Paris : La Découverte, 312 p.

BARRON Pierre, BORY Anne, CHAUVIN Sébastien, JOUNIN Nicolas et TOURETTE Lucie (2014). Derrière le sans-papiers, le travailleur ? Genèse et usages de la catégorie de « travailleurs sans papiers » en France, *Genèses*, 94, 114-139.

BASCOUGNANO Sandra (2009). *Savoirs, idéologies et traitements différentiels discriminants dans les rapports soignants/soignés. La prise en charge du VIH-sida à la Réunion et en Ile-de-France*, thèse de sociologie sous la direction de Catherine QUIMINAL, Université Paris Diderot – Paris 7, 542 p.

BEC Colette (1998). *L'assistance en démocratie. Les politiques assistantielles dans la France des 19^{ème} et 20^{ème} siècles*. Paris : Belin, 254 p.

BELORGEY Nicolas (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte, 330 p.

BERTHAUT Jérôme (2013). *La banlieue du 20 heures. Ethnographie de la production d'un lieu commun journalistique*. Marseille : Agone, 430 p.

BERCHET Caroline et JUSOT Florence (2012). Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français, *Questions d'économie de la santé*, 172, 1-8.

BESSON Rachel (2012). Roms bulgares et services de santé en France. Les configurations d'un échec, in Frédéric LE MARCIS et Kàtia LURBE I PUERTO (dir.), *Endoétrangers. Exclusion, Reconnaissance et expérience des Roms et gens du voyage en Europe*, Paris : Académia- Le Bruyant, 111-133.

BEZES Philippe (2012). Etat, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 193(3), 16-37.

BEZES Philippe (2009). *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Paris : Presses universitaires de France, 519 p.

BEZES Philippe (2008). Le tournant néomanagérial de l'administration française, in Olivier BORRAZ et Virginie GUIRAUDON, *Politiques publiques 1. La France dans la gouvernance européenne*. Paris : Presses de Science Po, 215-253.

BEZES Philippe (2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management, *Informations sociales*, 126(6), 26-37.

BLANCHARD Pascal et BANCEL Nicolas (2007). *De l'indigène à l'immigré*. Paris : Gallimard, 127 p. [1^{ère} édition : 1998].

- BLAU Peter (1963). *The Dynamics of bureaucracy. A study of interpersonal relationships in two government agencies*. Chicago: The University of Chicago Press, 322 p. [Première édition : 1955]
- BOISGUERIN Bénédicte, BONNARDEL Christine, GISSOT Claude et RUAULT Marie (2001). L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999, *Etudes et Résultats*, 126, DREES, 12 p.
- BORGETTO Michel, CHAUVIERE Michel, FROTIEE Brigitte et RENARD Didier (2004). *Les débats sur l'accès aux droits sociaux entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative*. Dossiers d'étude n°60, CNAF, 77 p.
- BOULARD Jean-Pierre (1998). *Pour une couverture maladie universelle de base et complémentaire*. Rapport au Premier ministre. La documentation française, 182 p.
- BOURDIEU Pierre (2003). *Méditations pascalienues*. Paris : Point, 416 p.
- BOURGEOIS Marine (2015). Catégorisations et discriminations au guichet du logement social. Une comparaison de deux configurations territoriales, in. Pierre-Yves BAUDOT et Anne REVILLARD (dir.), *L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions*, 177-210.
- BRUN François (2006). Immigrés, sans-papiers, des travailleurs en deçà de la citoyenneté, *L'Homme et la société*, 160-161, 161-175.
- BUISSON Marie-Laure (2011). Impacts de l'introduction de la logique de rémunération au mérite dans les organismes de Sécurité sociale, *Informations sociales*, 167(5), 82-89.
- CARDE Estelle (2009). Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration, *Mouvements*, 59(3), 143-156.
- CARDE Estelle (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, *Santé Publique*, 19(2), 99-109.
- CARDE Estelle (2006a). *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française*. Thèse de sociologie sous la direction de Didier FASSIN, Université de Paris-Sud, 539 p.
- CARDE Estelle (2006b). « On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans l'accès aux soins, *Travailler*, 16, 57-80.
- CASTANEDA Heide (2009). Illegality as risk factor : a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic, *Social Science and Medecine*, 68, 1552-1560.
- CASTEL Robert (2010). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Gallimard, 813p. (1^{ère} édition : 1995, Fayard).

CASTEL Robert (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*. Paris : Le Seuil, 458 p.

CATRICE-LOREY Antoinette (1980). *Dynamique interne de la Sécurité sociale. Du système de pouvoir à la fonction personnel*. Sceaux : CRESST, 351 p.

CHAUVIN Sébastien (2009). En attendant les papiers : l'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis, *Politix*, 87(2), 47-69.

CHAUVIN Sébastien et GARCES-MASCAREÑAS Blanca (2014). Becoming less illegal : deservingness frames and undocumented migrant incorporation, *Sociology Compass*, 8(4), 422-432.

CHAUVIN Sébastien et GARCES-MASCAREÑAS Blanca (2012). Beyond informal citizenship: the new moral economy of migrant illegality, *International Political Sociology*, 6, 241-259.

COGNET Marguerite (2013). Pratiques infirmières. Façons de voir et façons de faire dans les services de santé canadiens, *Migrations santé*, 146-147, 101-135.

COGNET Marguerite (2012). L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. « Français » et « Africain » en traitement pour un VIH-sida, *Migrations santé*, 144-145, 79-110.

COGNET Marguerite (2002). La santé des étrangers à l'aune des modèles politiques d'intégration des étrangers, *Bastidiana*, 39-40, 97-130.

COGNET Marguerite (2001). Quand l'ethnicité colore les relations à l'hôpital, *Hommes et migrations*, 1233, 101-107.

COGNET Marguerite et BASCOUGNANO Sandra (2012). Soins et altérité : analyse comparée des regards et des pratiques des soignants, *Alterstice*. 2 (2), 9-22.

COGNET Marguerite, HAMEL Christelle, SAUVEGRAIN Priscille et GABARRO Céline (2014). Migration et état de santé, in Jean-Yves BLUM LE COAT et Mireille EBERHARD (dir.), *Les immigrés en France*. Paris : La Documentation française, 133-146.

COGNET Marguerite, ADAM-VEZINA Emilie et BRAUD Rosane (2010). *L'observance : analyse critique des savoirs*. Paris : Ministère de la Santé. Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Etudes et des Statistiques. Mission Recherche (DREES-MiRe), 213 p.

COGNET Marguerite, GABARRO Céline et ADAM-VEZINA Emilie (2009). Entre droit aux soins et qualité des soins, *Hommes et Migrations*, 1282, 54-65.

COGNET, Marguerite, BASCOUGNANO, Sandra, ADAM-VEZINA, Emilie (2009). *Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses : VIH-Sida, Tuberculose*. Rapport de recherche. Paris : Ministère de la Santé, 165 p.

- COMEDE (2014). *La santé des exilés*. Rapport du Comede pour 2014, 132 p.
- COMEDE (2006). Rapport d'activité et d'information 2006, Paris, 54 p.
- COUTIN Susan (2005). Contesting Criminality : Illegal Immigration and the Spatialization of Illegality, *Theoretical Criminology*, 9, 5-33.
- CROZIER Michel (1971). *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Le Seuil, 382 p. [1^{ère} édition : 1963].
- DAUM Christophe (2006). Le citoyen et l'étranger, *L'Homme et la société*, 160-161, 199-219.
- DE GAULEJAC Vincent (2011). *Travail : les raisons de la colère*. Paris : Le Seuil, 335 p.
- DE RUDDER Véronique, POIRET Christian, VOURC'H François (2000). *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris : Presses universitaires de France, 213 p.
- DESPRES Caroline (2010). La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires, *Pratiques et Organisation des Soins*, 41(1), 33-43.
- DESPRES Caroline (2005). La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés, *Sciences sociales et Santé*, 23(4), 79-108.
- DEWHURST LEWIS Mary (2010). *Les frontières de la République. Immigration et limites de l'universalisme en France, 1918-1940*. Paris : Agone, 361 p.
- D'HALLUIN-MABILLOT Estelle (2012). *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*. Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 302 p.
- DOMIN Jean-Paul (2008). *Une histoire économique de l'hôpital (XIX^e-XX^e siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome 2 (1946-2009)*. Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 413 p.
- DREYFUS Françoise (2007). Personnels et usagers des services publics : des relations transformées?, *Regards croisés sur l'économie*, 2, 246-254.
- DUBOIS Vincent (2012). La fraude sociale : la construction politique d'un problème public, in Bodin Romuald, *Les métamorphoses du contrôle social*, 27-38.
- DUBOIS Vincent (2010). Politiques au guichet, politique du guichet, in Olivier BORRAZ et Virginie GUIRAUDON, *Politiques publiques 2*. Paris : Presses de Science Po, 265-286.

- DUBOIS Vincent (2009). Le paradoxe du contrôleur. Incertitude et contrainte institutionnelle dans le contrôle des assistés sociaux, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 178(3), 28-49.
- DUBOIS Vincent (2005). L'insécurité juridique des contrôleurs des CAF. Une perspective sociologique, *Informations sociales*, 126(6), 48-57.
- DUBOIS Vincent (2003) [1999]. *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris : Economica, 202 p.
- DUJARIER Marie-Anne (2008). *Le travail du consommateur*. Paris : La Découverte, 246 p.
- DUVAL Julien (2002). Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. Les médias et le « trou de la Sécu », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(3), 53-67.
- DUVAL Julien (2007). *Le mythe du « trou de la Sécu »*. Paris : Editions Raisons d'agir, 135 p.
- DUVOUX Nicolas (2012). *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*. Paris : Le Seuil, 105 p.
- DUVOUX, Nicolas (2009). *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*. Paris : Presses universitaires de France, 269 p.
- EBERHARD Mireille (2001). Catégorisations ethno-raciales au guichet, *Cahiers du Ceriem*, 8, 35-50.
- FASSIN Didier, CARDE Estelle, FERRE Nathalie et MUSSO-DIMITRIJEVIC Sandrine (2001). *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport d'étude n° 5, Bobigny, CRESP, 271 p.
- FASSIN Didier et MORICE Alain (2001). Les épreuves de l'irrégularité : les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un statut, in Dominique SCHNAPPER (dir.), *Exclusions au cœur de la cité*, 260-309.
- FASSIN Didier (2010). *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris : Seuil/Gallimard, 358 p.
- FASSIN Didier (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique, *Politix*, 73, 137-157.
- FASSIN Didier (2001a). Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida, *L'Homme*, 160, 137-162.
- FASSIN Didier (2001b). Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers, *Sciences sociales et santé*. 19(4), 5-34.

FASSIN Didier (2000c). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, *Hommes et migrations*, 1225, 5-12.

FASSIN Didier (1999). L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida, *Sciences sociales et santé*, 17 (4), 5-36.

FASSIN Didier (1998). Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés, *Plein droit*, 38, 29-35.

FASSIN Didier (1997). La santé en souffrance, in Didier FASSIN, Alain MORICE et Catherine QUIMINAL (Dir), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris : La Découverte, 107-123.

FASSIN Didier (1996). « Clandestins » ou « exclus » ? Quand les mots font des politiques, *Politix*, 34, 77-86.

FERRE Nathalie (1997). La production de l'irrégularité, in Didier FASSIN, Alain MORICE et Catherine QUIMINAL (Dir), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris : La Découverte, 47-64.

FICHET Brigitte (1997a). « Sans-papiers », *Vocabulaire des relations interethniques*, Pluriel Recherche, cahier n°5, 1997.

FICHET Brigitte (1997b). « Clandestin », *Vocabulaire des relations interethniques*, Pluriel Recherche, cahier n°5.

FISCHER Nicolas (2016). *Le territoire de l'expulsion. La rétention administrative des étrangers et l'État de droit dans la France contemporaine*. Lyon, Presses de l'École Normale Supérieure de Lyon, 324 p.

FORTINO Sabine (2013). Quand les logiques du privé investissent le secteur public : déstabilisation des collectifs et reflux de la participation, *Participations*, 5, 53-76.

FROTIEE Brigitte (2004). *La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU*. Sous la direction scientifique de Jacques COMMAILLE. Rapport au Fonds CMU, 148 p.

FROTIEE Brigitte (2006). La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie, *Lien social et politique-RIAC*, Printemps, 33-44.

FUSULIER Bernard (2011). Le concept d'ethos. De ses usages classiques à usage renouvelé, *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42, 97-109.

GABARRO Céline (2012). Quand la Roumanie adhère à l'Union européenne : quels changements dans l'accès à la Couverture Maladie Universelle pour les ressortissants communautaires ? in Frédéric LE MARCIS et Kátia LURBE I PUERTO (dir.), *Endoétrangers*.

Exclusion, Reconnaissance et expérience des Roms et gens du voyage en Europe. Paris : Académia-Le Bruyant, 87-109.

GABARRO Céline (2008). *Discriminations dans l'accès aux soins. L'influence des présupposés dans le traitement de l'aide médicale d'Etat (AME)*. Mémoire pour l'obtention du Master 2 en sociologie et anthropologie des migrations et des relations interethniques, sous la direction de Marguerite COGNET, Université Paris Diderot - Paris 7, 124 p.

GASTAUT Yvan (2000). *L'immigration et l'opinion en France sous la Ve République*. Paris : Le Seuil, 624 p.

GARCIA Sandrine (1997). *La fraude forcée, Actes de la recherche en sciences sociales*, 118, 81-91.

GEERAERT Jérémy (2017). *La question sociale en santé. L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé. Le traitement de la question sociale à l'hôpital public en France à l'aube du XXIe siècle*. Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Marie Jaisson, Université Paris 13, 567 p.

GEERAERT Jérémy (2014). *Une médecine de la précarité à l'hôpital : tensions et enjeux sur la conception du soin. Le cas des Permanences d'accès aux soins de santé*, in Thomas PIERRE, Anne FERNANDES, Déborah KESSLER-BILTHAUER, Saïd MEGHERBI, Quidora MORALES LA MURA (dir.), *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*. Presses universitaires de Nancy, 53-70.

GENIEYS William (2010). *L'affirmation d'une élite des politiques de l'Etat. Le secteur de la protection sociale, Informations sociales*, 157, 80-88.

GENIEYS William et HASSENTEUFEL Patrick (2001). *Entre les politiques publique et la politique : l'émergence d'une « élite du welfare », Revue française des affaires sociales*, 4, 41-50.

GERBIER-AUBLANC Marjorie (2016). *Du care à l'agency : l'engagement associatif des femmes d'Afrique Subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France*. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction d'Annabel DESGREES DU LOU et de Dolorès POURETTE, Université Paris Descartes, 504 p.

GILLOIRE Augustin (2000). *Les catégories d'« origine » et de « nationalité » dans les statistiques du sida, Hommes et migrations*, 1225, 73-82.

GOFFMAN Erving (2007 [1975]). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de minuit, 175 p.

GONZALEZ Olga L. (2007a). *La “débrouille” : migrants andins en France et accès aux droits*. Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Michel Wieviorka, Ecole des hautes études en sciences sociales.

GONZALEZ Olga L. (2007b). L’invisibilité des migrants andins. “Débrouille” ou intégration ? *Hommes et migrations*, 1270, 64-72.

GONZALEZ Olga L. (2005). Droits sociaux et « débrouille » des Latino-Américains en France, *Migrations Société*, 102(17), 255-273.

GOURDEAU Camille (2014). "On a un Malien très tolérant aujourd’hui ! ». Représentations et marginalisation des signataires du Contrat d’accueil et d’intégration, *Cahiers de l’Urmis*, en ligne, consulté le 22 juillet 2015, URL : <https://urmis.revues.org/1275>

GRESLIER Florence (2007). La Commission des Recours des Réfugiés ou l’« intime conviction » face au recul du droit d’asile en France, *Revue européenne des migrations internationales*, 23(2), 107-133.

GUEx Sébastien (2003). La politique des caisses vides. Etat, finances publiques et mondialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 146-147, 51-61.

GUILLEMOT Danièle et JEANNOT Gilles (2013). Modernisation et bureaucratie, l’administration d’Etat à l’aune du privé, *Revue française de sociologie*, 54, 83-110.

GUILLAUMIN Colette (2002 [1972]). *L’idéologie raciste*. Paris : Gallimard, 382 p.

GUILLOU Anne Yvonne (2009). Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour « l’expérience migratoire », *Sciences sociales et santé*, 27 (1), 63-71.

HACHIMI-ALAOUI Myriam, NACU Alexandra (2010). Soigner les étrangers en situation irrégulière. Des politiques migratoires aux postures professionnelles, *Hommes et migrations*, 1284, 163-173.

HAJJAT Abdellali (2012). *Les Frontières de l’« identité nationale »*. *L’injonction à l’assimilation en France métropolitaine et coloniale*. Paris : La découverte, 338 p.

HAJJAT Abdellali (2010). Port du hijab et « défaut d’assimilation ». Etude d’un cas problématique pour l’acquisition de la nationalité française, *Sociologie*, 4(1), 439-456.

HASSENTEUFEL Patrick (2008). L’évolution des rapports de pouvoirs dans un système bismarckien : le cas de la France, *Santé, société et solidarité*, 2, 63-70.

- HASSENTEUFEL Patrick et al. (1999) *L'émergence d'une « élite du welfare » ? Sociologie des sommets de l'Etat en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et matière de prestations familiales (1981-1997)*, Rennes, CRAPS, rapport pour la MIRE, 244 p.
- HAUT CONSEIL A L'INTEGRATION (1991). *Pour un modèle français d'intégration. Premier rapport annuel*. Rapport au Premier ministre, La documentation française, 192 p.
- HAUT CONSEIL A L'INTEGRATION (1998). *Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité*. Rapport au Premier ministre, La documentation française, 119 p.
- HERVIER Louise (2008). Le rôle des organismes de contrôle en matière d'évaluation. 1949-2007 : l'exemple de la Cour des comptes, *Informations sociales*, 150(6), 44-55.
- HOYEZ Anne-Cécile (2015b). Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation de précaire ?, *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 1-13.
- HOYEZ Anne-Cécile (2015a). Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatique en France. La santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement, *Migrations Société*, 161, 157-172.
- HOYEZ Anne-Cécile (2012). Mobilités et accès aux soins des migrants en France, *Géoconfluences*, URL : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>
- HOYEZ Anne-Cécile (2011). L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales, *Cybergeo : European Journal of Geography*, Espace, Société, Territoire, 566. URL : <http://cybergeo.revues.org/24796>.
- ISIDRO Lola (2015). *L'étranger et la protection sociale*. Thèse de doctorat en droit, sous la direction de Cyril Wolmark, Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 663 p.
- ISRAËL Liora (2003). Faire émerger le droit des étrangers en le contestant, ou l'histoire paradoxale des premières années du GISTI, *Politix*, 62, 115-143.
- IZAMBERT Caroline (en cours). *Etat et associations face à une couverture maladie des étrangers en France. Des années 1980 à la fin des années 2000*. Thèse de doctorat en histoire en cours sous la direction de Nancy GREEN, Ecole des hautes études en sciences sociales.
- IZAMBERT Caroline (2014). Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999. *Les Cahiers du centre Georges Canguilhem*, 6, 199-215.

- IZAMBERT Caroline (2010). 30 ans de régressions dans l'accès aux soins, *Plein droit*, 3(86), 5-9.
- JACQUOT Lionel (2015). Nouvelle gestion publique et modernisation managériale à l'assurance maladie. Le travail de l'intermédiation hiérarchique, in Sacha LEDUC et Jorge MUNOZ (dir.), *Le travail à l'Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 53-74.
- JEANNOT Gilles (2010). La fatigue d'être client, *Informations sociales*, 158, 34-41.
- JEANNOT Gilles (1998). *Les usagers du service public*, Presses universitaires de France, 126 p.
- JEANTET Aurélie (2003). « A votre service ! » La relation de service comme rapport social, *Sociologie du travail*, 45, 191-209.
- JOUANNEAU Solenne (2009). Régulariser ou non un imam étranger en France : droit au séjour et définition du « bon imam » en pays laïque, *Politix*, 22, 147-166.
- JOUNIN Nicolas (2009). *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*. Paris : La découverte, 275 p.
- JUSOT Florence, SILVA Jérôme, DOURGNON Paul et SERMET Catherine (2008). Etat de santé des populations immigrées en France, Document de travail, *IRDES*, 14, 1-22.
- KLEIN Charles-Armand (1976). *Monsieur Sécurité sociale raconte et conseille*. Paris : Temascope, 193 p.
- KOBELINSKY Carolina (2010). *L'accueil des demandeurs d'asile. Une ethnographie de l'attente*. Paris : Le Cygne, 270 p.
- KOTOBİ Laurence (2000). Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital, *Hommes et migrations*, 1225, 62-72.
- KOTOBİ Laurence (2012). *Réflexions sur l'altérité migrante comme support de traitements différentiels à l'hôpital et sur la production des données d'enquête par l'ethnologue*, in. Chantal CRENN et Laurence KOTOBİ (Dir.), *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*. Paris : Armand Colin, 179-229.
- LAACHER Smaïn (2009). *Mythologie du Sans-papiers*. Paris : Le Cavalier Bleu, 96 p.
- LAGROYE Jacques, BASTIEN François et SAWICKI Frédéric (2012). *Sociologie politique*. 6^{ème} édition revue et commentée. Paris : Dalloz, Presses de Science Po, 623 p.

- LARCHANCHE Stéphanie (2012). Intangible obstacles : Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France, *Social Science & Medicine*, 74(6), 858-863.
- LARCHANCHÉ Stéphanie (2010). Cultural anxieties and institutional regulation. « Specialized » Mental Healthcare and « Immigrant Suffering » in Paris, France. Thèse pour le doctorat d'anthropologie, sous la direction de Carolyn Sargent et Didier Fassin, 295 p.
- LAURENS Sylvain (2009). *Une politisation feutrée. Les hauts fonctionnaires et l'immigration en France (1962-1981)*. Paris : Belin, 348 p.
- LAURENS Sylvain (2007). Le « ministère symptôme » : retour sur 40 ans de bégaiement au sein de l'Etat français, *Savoir/Agir*, 2, 21-30.
- LE COURANT Stefan (2015). *Vivre sous la menace : ethnographie de la vie quotidienne des étrangers en situation irrégulière en France*. Thèse en ethnologie sous la direction de Georges Augustins, Université de Paris Ouest Nanterre La Défense.
- LE LAY Stéphane et PENTIMALLI Barbara (2013). Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs, *Travailler*, 29, 141-181.
- LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 448 p.
- LEDUC Sacha et MUNOZ Jorge (dir.) (2015). *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 192 p.
- LEDUC Sacha (2008). *Les ressentiments de la société du travail. La Couverture Maladie Universelle en quête de légitimité*. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Danièle LINHART, Université Paris 10 – Nanterre, 345 p.
- LEDUC Sacha (2007). La Couverture Maladie Universelle. De la fabrique du soupçon aux contrôles des bénéficiaires, *Carnets de bord*, 13, 88-95.
- LENOIR Rémi (2003). *Généalogie de la morale familiale*. Paris : Editions du Seuil, 588 p.
- LENOIR Rémi (1992). L'Etat et la construction de la famille, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 91-92, 20-37.
- LINHART Danièle (2015). Un étrange ballet, in Sacha LEDUC et Jorge MUNOZ, *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 181-186.
- LINHART Danièle (2009). *Travailler sans les autres ?* Paris : Editions du Seuil, 212 p.

- LINHART Danièle (2006). Les différents visages de la modernisation du service public. Paris : La documentation française, 225 p.
- LIPSKY Michael (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York : Russell Sage Foundation, 275 p. [Première édition : 1980]
- LOCHAK Danièle (1997). Les politiques de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers, in Didier FASSIN, Alain MORICE et Catherine QUIMINAL (Dir), *Les lois de l'inhospitalité*. Paris : La Découverte, 29-45.
- LOCHAK Danièle (1987). Réflexions sur la notion de discrimination, *Droit social*, 11, 778-790.
- LOMBRAIL Pierre (2007). Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(1), 23-30.
- LOMBRAIL Pierre et PASCAL Jean (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins, *Les tribunes de la santé*, 8 (3), 31-39.
- LOT Florence (2000). Les données sur le sida dans la population étrangère en France, *Hommes et migrations*, 1225, 83-87.
- MAKAREMI Chowra (2009). Violence et refoulement dans la zone d'attente de Roissy, in Carolina KOBELINSKY et Chowra MAKAREMI (dir.), *Enfermés dehors, enquête sur le confinement des étrangers*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, 41-62.
- MARIE Claude-Valentin (1997). A quoi sert l'emploi des étrangers ? in Didier FASSIN, Alain MORICE et Catherine QUIMINAL, *Les lois de l'inhospitalité*. Paris : La Découverte, 145-176.
- MARTIN Pascal (2015). L'ethos de l'Etat social managérial, in Sacha LEDUC et Jorge MUNOZ (dir.), *Le travail à l'Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 75-96.
- MARTIN Pascal (2012). *Les métamorphoses de l'Etat social. La réforme managériale de l'assurance maladie et le nouveau gouvernement des pauvres*. Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Patrice PINELL, EHESS Paris, soutenue le 27 septembre 2012, 426 p.
- MARTIN Pascal (2011). Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189(4), 34-41.
- MARTINIELLO Marco et SIMON Patrick (2005). Les enjeux de la catégorisation », *Revue européenne des migrations internationales*, 21(2), 7-18.

MATH Antoine (2009). Droit à la santé des ressortissants communautaires vivant en France. Les difficultés d'accès à la protection maladie et aux soins, *Hommes et migrations*, 1282, 122-135.

MATH Antoine, SLAMA Serge, SPIRE Alexis et VOUPREY Mouna (2006). La fabrique d'une immigration choisie. De la carte d'étudiant au statut de travailleur étranger (Lille et Bobigny, 2001-2004), *La Revue de l'Ires*, 50(1), 27-62.

MATH Antoine et TOULLIER Adeline (1999). Consensus politique sur la santé. L'accès aux soins des étrangers depuis la loi Pasqua, *Plein droit*, 41-42.

MAURY Céline (2013). *L'humanitaire médical en France. Rôle de l'action associative dans la prise en charge sanitaire des populations précaires. Le cas de Médecins du Monde*. Thèse de doctorat en sciences politiques, sous la direction de Monika STEFFEN. Institut d'études politiques de Grenoble.

MAZOUZ Sarah (2008). « Mériter d'être français » : pensée d'Etat et expérience de naturalisation, *Agone*, 40, 131-145.

MBAYE Elhadji (2009). Sida et immigration thérapeutique en France : mythes et réalités, *Sciences sociales et santé*, 27(1), 43-62.

MEDECINS DU MONDE (2014). *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France*. Rapport 2014, 153 p.

MEDECINS DU MONDE (2006). *Je ne m'occupe pas de ces patients. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*. Rapport de la Coordination Mission France, 42 p.

MIZRAHI Andrée et MIZRAHI Arié (2000). Les étrangers dans les consultations des centres de soins gratuits, *Hommes et migrations*, 1225, 94-100.

MORICE Alain et POTOT Swanie (2010). *De l'ouvrier immigré au travailleur sans papiers. Les étrangers dans la modernisation du salariat*. Paris : Karthala, 336 p.

MORICE Alain (2004). Le travail sans le travailleur, *Plein droit*, 61, 2-7.

MORICE Alain (1997). Quand la lutte contre l'emploi illégal cache les progrès de la précarité légale, in Didier FASSIN, Alain MORICE et Catherine QUIMINAL, *Les lois de l'inhospitalité*. Paris : La Découverte, 177-196.

- MOULIER BOUTANG Yann (1997). Une forme contemporaine du salariat bridé, in Didier FASSIN, Alain MORICE et Catherine QUIMINAL, *Les lois de l'inhospitalité*. Paris : La Découverte, 125-143.
- MUNOZ Jorge (2015). Quand le support du droit se dématérialise. Le cas de la dématérialisation des dossiers de la prise en charge des accidents du travail, *Travailler*, 34, 117-141.
- MUNOZ Jorge (2006). Les plateformes téléphoniques de services de l'assurance-maladie : une nouvelle forme de rationalisation du travail administratif ?, *Politiques et management public*, 24(3), 145-160.
- MURARD Numa (2015). Travailler à la Sécurité sociale : de l'institution à l'organisation, in Sacha LEDUC et Jorge MUNOZ (dir.), *Le travail à l'Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 19-34.
- MUSSO Sandrine (2012). Etre régularisé au titre de la maladie en France, *Corps*, 10, 153-163
- MUSSO Sandrine (2008). *Sida et minorités postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible des « migrants » dans les politiques du sida en France*. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, sous la direction de Jean-Pierre DOZON. Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, 446 p.
- NAUDE Anne-Jeanne (2000). Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration, *Hommes et migrations*, 1225, 13-22.
- NOIRIEL Gérard (2005). *Etat, nation et immigration*. Paris : Gallimard, 590 p. [1ère édition : Belin, 2001]
- NOIRIEL Gérard (2006 [1988]). *Le creuset français. Histoire de l'immigration XIX^e- XX^e siècle*. Paris : Seuil, 451 p.
- ODENORE (2012). *L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux*. Paris : La découverte, 180 p.
- OGIEN Albert (1995). *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*. Paris : Editions de l'EHESS, 226 p.
- PALIER Bruno (2005). *Gouverner la Sécurité sociale*. Paris: PUF (1^{ère} édition : 2002), 502 p.
- PARIZOT Isabelle (2003). *Soigner les exclus*. Paris : PUF, Le lien social, 296 p.
- PAUGAM Serge (2009 [1991]). *La disqualification sociale*. Paris : Presses universitaires de France, 256 p.

- PAZ LIBERONA CONCHA Nanette (2012). *La prise en charge des immigrants sud-américains dans le système public de santé chilien. Un espace de tensions interethniques*. Thèse de doctorat de sociologie sous la direction de Françoise Lestage, Université Paris Diderot.
- PETTE Mathilde (2014). Associations : les nouveaux guichets de l'immigration ? Du travail militant en préfecture, *Sociologie*, 5, 405-421.
- PIAN Anaik (2016). Tourisme médical versus immigration thérapeutique : des catégories exogènes réductrices, *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 1-15.
- PIAN Anaik (2009). La fabrique des figures migratoires depuis l'expérience des migrants sénégalais, *Journal des anthropologues*, 118-119, 249-278.
- PIERRU Frédéric (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Paris : Editions du Croquant, 319 p.
- PILLON Jean-Marie (2013). Réformes de l'administration et contrôle des administrés : le cas du chômage, *Informations sociales*, 178, 116-123.
- POIRET Christian (2008). *Pour une sociologie du racisme*. Thèse d'habilitation à diriger les recherches, Université Paris Diderot, vol. 1, 148 p.
- POIRET Christian (2005). Articuler les rapports de sexe, de classe et interethniques, *Revue européennes des migrations internationales*, 21(1), 195-226.
- POUTIGNAT Philippe et STREIFF-FENART Jocelyne (2008). *Théories de l'ethnicité*. Paris : Presses universitaires de France, 270 p.
- PRUD'HOMME Dorothee (2015). *La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012)*. Thèse de doctorat en sciences politiques sous la direction de Yves DELOYE. Science Po Bordeaux, 610 p.
- RAMBAUD Elsa (2013). *Médecins sans frontières : sociologie d'une institution critique*. Thèse de doctorat en sciences politiques, sous la direction de Michel DOBRY. Université Paris 1 – Panthéon Sorbonne.
- REA Andrea (2010). Les transformations des régimes de migration de travail en Europe (conclusion), in Alain MORICE et Swanie POTOT, *De l'ouvrier immigré au travailleur sans papiers. Les étrangers dans la modernisation du salariat*. Paris : Karthala, 307-315.
- RECHTMAN Richard (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries, *Hommes et migrations*, 1225, 46-61.

REVIL Helena (2015). Non recours au droit et Assurance maladie : une mise à l'agenda difficile entre enjeux politiques et organisationnels, in Sacha LEDUC et Jorge MUNOZ (dir.), *Le travail à l'Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 155-176.

REVIL Héléna (2014). *Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle. Emergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*. Thèse de doctorat en sciences politiques sous la direction de Philippe WARIN, Université de Grenoble, 613 p.

REVIL Helena (2012). La CMU: Où sont les profiteurs?, in ODENORE, *L'envers de la fraude sociale : le scandale du non-recours aux droits*. Paris : La dispute. 65-82.

ROSANVALLON Pierre (1992). *La crise de l'Etat-providence*. Paris : Editions du seuil, 192 p. [1^{ère} édition : 1981].

RUAULT Marie (2000). *L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998*. DREES : Etudes et Résultats, 61, 8p.

SADIQ Kamal (2005). When States Prefer Non-Citizens Over Citizens: Conflict Over Illegal Immigration into Malaysia, *International Studies Quarterly*, 49, 101-122.

SAKOYAN Juliette (2006). Les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la Sécurité sociale à Mayotte. *Bulletin Amades*, 67, consulté le 3 octobre 2014. URL : <http://amades.revues.org/342>

SANCHEZ-BOE Carolina (2009). Parcours de détenu, parcours de migrant. La prison productrice d'irrégularités, in Carolina KOBELINSKY et Chowra MAKAREMI (dir.), *Enfermés dehors, enquête sur le confinement des étrangers*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, 209-226.

Sauvaigo Suzanne (1996). Rapport de la commission d'enquête sur l'immigration clandestine et le séjour irrégulier d'étrangers pour l'Assemblée nationale, 125 p.

SAUVEGRAIN Priscille (2010). *Différence de traitement et traitements différentiels. La trajectoire de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Catherine QUIMINAL, Université Paris Diderot – Paris 7, 403 p.

SAUVEGRAIN Priscille (2012). La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins, *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 81-100.

SAYAD Abdelmalek (1999a). Immigration et pensée d'Etat, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 129(1), 5-14.

SAYAD Abdelmalek (1999b). *La Double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Le Seuil, 437 p.

SAYN Isabelle (2005). Jeux de rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre du droit. L'exemple des caisses d'allocations familiales, in CURAPP, *Sur la portée sociale du droit. Usages et légitimité du registre juridique*, 111-126.

SERRE Marina (1999). La santé en comptes. La mise en forme statistique de la santé, *Politix*, 46(12), 49-70.

SESTER Barbara (2014). *Cristallisation de l'altérité dans l'espace de la santé à Mayotte*. Mémoire pour l'obtention du Master 2 « Migrations et relations interethniques », sous la direction de Marguerite COGNET, Université Paris Diderot, 108 p.

SIBLOT Yasmine (2008). Travailler avec le public : contrainte ou ressource au guichet ?, in Marie BUSCATTO, Marc LORIOU, Jean-Marc WELLER, *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Paris : Eres, 223-242.

SIBLOT Yasmine (2006). *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*. Paris : Presses de Sciences Po, 347 p.

SIBLOT Yasmine (2005). Les rapports quotidiens des classes populaires aux administrations. Analyse d'un sens pratique du service public, *Sociétés contemporaines*, 58(2), 85-103.

SIBLOT Yasmine (2003). Les relations de guichet : interactions de classes et classements sociaux, *Lien social et Politiques*, 49, 183-190.

SIBLOT Yasmine (2002). Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familière : le bureau de poste d'un quartier populaire, *Sociétés contemporaines*, 47(3), 79-99.

SIMEANT Johanna (1998). *La cause des sans-papiers*. Paris : Presses de sciences Po, 504 p.

SIMMEL Georg (2011). *Les pauvres*. Paris : Presses universitaires de France, 112 p. [1^{ère} édition : 1907].

SPIRE Alexis (2016). La politique des guichets au service de la police des étrangers, *Savoir/Agir*, 36(2), 27-31.

SPIRE Alexis (2012). *Faibles et puissants face à l'impôt*. Paris : Raisons d'agir, 134 p.

SPIRE Alexis (2008). *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris : Raisons d'agir, 125 p.

SPIRE Alexis (2007). L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 169(4), 4-21.

SPIRE Alexis (2005a). *Etrangers à la carte. L'administration de l'immigration en France (1945-1975)*. Paris : Grasset, 402 p.

SPIRE Alexis (2005b). L'application du droit des étrangers en préfecture, *Politix*, 69(1), 11-37.

TAPINOS Georges (1975). *L'immigration étrangère en France (1946-1973)*. Paris : Cahiers de l'INED n°71, 143 p.

TERRAY Emmanuel (2006). Saint-Bernard, un bilan : 10 ans après..., *Migrations Société, Sans papiers : d'hier et d'aujourd'hui*, volume 18, n°104, p. 91-102.

TICKTIN Miriam (2005). Policing and Humanitarianism in France: Immigration and the Turn to Law as State of Exception, *Interventions: International Journal of Postcolonial Studies*, 7(3), 347-368.

TIFFON Guillaume (2013). *La mise au travail des clients*. Paris : Economica, 194 p.

VALAT Bruno (2001). *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'Etat, l'institution et la santé*. Paris : Economica, 558 p.

VEZINAT Nadège (2012). *Les métamorphoses de la Poste. Professionnalisation des conseillers financiers (1953-2010)*. Paris : Presses universitaires de France, 422 p.

VIET Vincent (1998). *La France immigrée. Construction d'une politique 1914-1997*. Paris : Fayard, 550 p.

VIGUIER Frédéric (2008). Pauvreté et exclusion : des nouvelles catégories de l'Etat social, *Regards croisés sur l'économie*, 4, 152-161.

WANG Simeng (2016). Entre stratégie et moralité. Des migrants chinois en situation irrégulière face à la « clause maladie », *Politix*, 114, 205-227.

WARIN Philippe (2012). Le non-recours aux droits, *SociologieS* [En ligne], consulté le 04 juillet 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/4103>

WARIN Philippe (2010). *Le non-recours : définitions et typologies*, in ODENORE, Working paper n°1.

WARIN Philippe (2006). *L'accès aux droits sociaux*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 168 p.

WARIN Philippe (Dir.) (1997). *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*. Paris : La Découverte, 355p.

WEIL Patrick (1997). *Mission d'étude des législations de la nationalité et de l'immigration*. Rapport pour le Premier ministre, La documentation française, 121 p.

WELLER Jean-Marc (2010). Comment les agents se soucient-ils des usagers ?, *Informations sociales*, 158, 12-18.

WELLER Jean-Marc (2006). Le travail administratif des petits bureaucrates : enjeux et transformations, in Françoise DREYFUS et Jean-Michel EYMERI, *Science politique de l'administration*. Paris : Economica, 253-268.

WELLER Jean-Marc (2000). Une controverse au guichet : vers une magistrature sociale ?, *Droit et société*, 44-45, 91-109.

WELLER Jean-Marc (1999). *L'Etat au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative*. Paris : Desclée de Brouwer, 255p.

ANNEXES

ANNEXE 1 :	FORMULAIRE DE DEMANDE D'AME.....	467
ANNEXE 2 :	GRILLE D'ENTRETIEN AME.....	469
ANNEXE 3 :	« OUTIL RESSOURCES ».....	471
ANNEXE 4 :	MODELE D'ATTESTATION DE DROITS A L'AME EDITE PAR LA CNAMTS ..	473

ANNEXE 1 : Formulaire de demande d'AME



n° 11573*05

demande d'aide médicale de l'Etat

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

volet destiné
à la caisse
d'assurance maladie

A TRANSMETTRE DANS UN DELAI DE 8 JOURS A VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE PAR L'ORGANISME AUPRES DUQUEL LA DEMANDE A ETE DEPOSEE

le demandeur

nom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

prénoms date de naissance

lieu de naissance

nationalité Espace Economique Européen autre

adresse en France

code postal commune

si vous n'avez pas de domicile fixe, précisez l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile (Centre Communal d'Action Sociale, association, autre organisme agréé...)

avez-vous déjà demandé l'AME ? non si oui année : département :

avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non si oui année : département :

vos ressources et celles des personnes à votre charge

vous résidez en France de façon stable et permanente depuis le :

les personnes à votre charge résidant en France (conjoint, concubin, partenaire d'un PACS, enfants)

NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

vos ressources et celles des personnes à votre charge

nature des ressources	montant total perçu au cours des douze derniers mois

si vous versez des pensions alimentaires *cochez la case* *et précisez depuis quelle date :*

Indiquez, dans ce cas, le montant total versé au cours des douze derniers mois :

si vous êtes logé(e) à titre gratuit *cochez la case* *et précisez depuis quelle date :*

si vous percevez ou avez perçu des indemnités journalières *cochez la case*

si vous percevez ou avez perçu des allocations familiales *cochez la case* n° d'allocataire

si vous êtes au chômage total ou partiel lors de la demande *cochez la case*

si vous êtes en arrêt de travail ou l'avez été pour une maladie de longue durée *cochez la case*

les membres de votre famille, en situation régulière, habitant en France (père, mère, conjoint, enfants)

nom et prénom	adresse	lien de parenté

vos droits

si vous avez été assuré(e) social(e) : fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation

si vous bénéficiez d'une couverture sociale dans votre pays *cochez la case*

si vous, ou l'une des personnes à votre charge, êtes atteint(e) d'une maladie de longue durée : joignez l'attestation correspondante.

si vous ou l'une des personnes à votre charge, attendez un enfant : joignez le certificat médical indiquant la date présumée du début de grossesse.

si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois *cochez la case*

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (art. L252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Fait à le Signature du demandeur :

ci-contre, cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3720d



Aide médicale de l'Etat demande d'admission

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

notice d'utilisation

L' aide médicale de l' Etat, si votre séjour en France n'est pas régulier, peut prendre en charge vos dépenses de santé et celles des personnes à votre charge pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME, d'une durée de 12 mois, est subordonné à une double condition de résidence en France (3 mois) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil (conditions non exigées pour les mineurs). Si ces conditions sont remplies, vous serez convoqué pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

le demandeur

Indiquez dans cette rubrique les renseignements concernant votre identité.

Rubrique "nom" :

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "vous n'avez pas de domicile fixe" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée).

Vous devez présenter un des **documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint, concubin et enfants) et vivent en France :**

- passeport,
- carte nationale d'identité,
- copie du titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit, soit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, soit par le consul, en France, de votre pays ou du pays dans lequel le document a été établi,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

votre durée de résidence en France

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Présentez un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France,
- copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation,
- facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non)**, pendant les douze derniers mois.

Exemple : si vous déposez votre demande le 23 mars 2012, indiquez les ressources perçues du 1er mars 2011 au 28 février 2012.

Présentez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Précisez si vous versez des pensions alimentaires. Indiquez le montant versé pendant les douze derniers mois.

Indiquez si vous, ou les personnes à votre charge, êtes logé(e) gratuitement.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale (art. L.114-14 du Code de la sécurité sociale).

les membres de votre famille en situation régulière habitant en France

L'**aide** susceptible de vous être **apportée par les membres de votre famille** habitant en France en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**) pour vous aider à payer vos dépenses de soins et de médicaments, **n'est pas prise en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat**. En revanche, après votre admission à l'aide médicale le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées au titre de l'aide médicale.

important

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus. Indiquez au dos de chacune des photos le nom, le prénom et la date de naissance de la personne.

S 3720d

ANNEXE 2 : Grille d'entretien AME

**FICHE D'ENTRETIEN AIDE MEDICALE ETAT
FRONT OFFICE**

IDENTIFICATION :

(NINP ou NIR)

DOSSIER de : Nom et Prénom :

Né(e) le : à :

VERIFICATION DE LA PRESENCE DU DEMANDEUR ET DES PERSONNES A SA CHARGE DANS LA BDO

- RECHERCHE BDO EDITION SITUATION

VERIFICATION COMPLETUE DES RUBRIQUES DU FORMULAIRE S 3720

- IDENTIFICATION PERSONNES A CHARGE
 RESIDENCE EN FRANCE RESSOURCES
 MEMBRES DE LA FAMILLE DATE
 SIGNATURE

VERIFICATION DE L'IDENTITE DU DEMANDEUR

- LIVRET DE FAMILLE PASSEPORT
 EXTRAIT ACTE DE NAISSANCE CARTE CONSULAIRE
 CARTE NATIONALE D'IDENTITE AUTRE

VERIFICATION DE L'IDENTITE DES PERSONNES DECLAREES A CHARGE

- LIVRET DE FAMILLE EXTRAIT ACTE DE NAISSANCE
 PASSEPORT CARTE CONSULAIRE
 CARTE NATIONALE D'IDENTITE ACTE DE MARIAGE, CONCUBINAGE, PACS

VERIFICATION DE LA STABILITE DE RESIDENCE DE PLUS DE TROIS MOIS

PIECE RETENUE :

Sélectionner une des pièces ou saisir sa nature si elle n'apparaît pas dans la liste déroulante

DATE DU JUSTIFICATIF RETENU : *Le justificatif doit dater de plus de 3 mois et de moins de 6 mois*

MODALITE DE LA RESIDENCE EN FRANCE :

- Hébergement onéreux Propriétaire Locataire
 Hébergement gratuit Sans domicile fixe

Coordonnées de l'hébergeant :

Identité :

Adresse :

Association domiciliaire :

VERIFICATION DES RESSOURCES

LES RESSOURCES DU FOYER

Date demande : Période de référence : au

Déclaratif : OUI NON

ANNEXE 3 : « Outil ressources »

OUTIL D'AIDE A LA GESTION DES DOSSIERS AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

LE DEMANDEUR

Numéro d'identification : Clé : Nom : Prénom :

LES RESSOURCES DU FOYER

Date de dépôt de la demande : 03/06/2009 Date d'instruction de la demande : 06/07/2009 Nombre de personnes composant le foyer : 1
 Période de référence : 01/06/2008 au 31/05/2009 Plafond de ressources à la date de l'instruction de la demande : 7 447,00 €

I - Salaires

Mois	Demandeur			Conjointe			Bénéficiaire			Bénéficiaire		
	Salaire brut	CSG - RDS	Montant Retenu	Salaires brut	CSG - RDS	Montant Retenu	Salaires brut	CSG - RDS	Montant Retenu	Salaires brut	CSG - RDS	Montant Retenu
juin 2008												
juillet 2008												
août 2008												
septembre 2008												
octobre 2008												
novembre 2008												
décembre 2008												
janvier 2009												
février 2009												
mars 2009												
avril 2009												
mai 2009												
Déclaratif :												
Total :		0,00 €			0,00 €			0,00 €			0,00 €	
Abattement ¹ :		0%			0%			0%			0%	
Total retenu :		0,00 €			0,00 €			0,00 €			0,00 €	

1 - 30% sous certaines conditions d'interruption de travail pour maladie de longue durée ou de chômage/démission (article R. 861-8 du code de la Sécurité sociale).

II - Revenus de remplacement, Indemnités journalières

Mois	Demandeur	Conjointe	Bénéficiaire	Bénéficiaire	IJ - (CSG et RDS)		IJ - (CSG et CRDS)	
					Demandeur	Conjointe	Bénéficiaire	Bénéficiaire
juin 2008								
juillet 2008								
août 2008								
septembre 2008								
octobre 2008								
novembre 2008								
décembre 2008								
janvier 2009								
février 2009								
mars 2009								
avril 2009								
mai 2009								
Déclaratif :								
Totaux :	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

III - Pensions, Retraites

Mois	Demandeur			Conjointe			Pension alimentaire versée	Pension alimentaire reçue	Pension invalidité	Autres ressources		
	Retraite principale	Retraite complém.	Retraite complém.	Retraite principale	Retraite complém.	Retraite complém.				Autres ressources	Autres ressources	Autres ressources
juin 2008										200,00 €		
juillet 2008										200,00 €		
août 2008										200,00 €		
septembre 2008										200,00 €		
octobre 2008										200,00 €		
novembre 2008										200,00 €		
décembre 2008										200,00 €		
janvier 2009										200,00 €		
février 2009										200,00 €		
mars 2009										200,00 €		
avril 2009										200,00 €		
mai 2009										200,00 €		
Déclaratif :												
Totaux :	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2 400,00 €	0,00 €	0,00 €

IV - Charges, Autres ressources

V - Prestations versées par les organismes d'Allocations familiales

Mois	Familiales	Complém. Familial	Majoration pour âge	Soutien Familial	APP	Allocation d'adoption	Allocation Parent Isolé	APE	RMI ²	All. Adulte Handicapé	Complém. AAH
juillet 2008											
août 2008											
septembre 2008											
octobre 2008											
novembre 2008											
décembre 2008											
janvier 2009											
février 2009											
mars 2009											
avril 2009											
mai 2009											
Totaux :	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

2 - Prestation à prendre en compte dans son intégralité (montants visualisés dans CAFPRO) lorsque le demandeur n'est plus bénéficiaire du RMI au moment de la demande

LES RESSOURCES DU FOYER

OUTIL D'AIDE A LA GESTION DES DOSSIERS AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

VI - Forfait logement
 Un forfait logement doit-il être appliqué ? OUI NON

Mois	Montant forfaitaire	Montant versé ³	Montant retenu
juin 2008	53,75 €		53,75 €
juillet 2008	53,75 €		53,75 €
août 2008	53,75 €		53,75 €
septembre 2008	53,75 €		53,75 €
octobre 2008	53,75 €		53,75 €
novembre 2008	53,75 €		53,75 €
décembre 2008	53,75 €		53,75 €
janvier 2009	53,75 €		53,75 €
février 2009	53,75 €		53,75 €
mars 2009	53,75 €		53,75 €
avril 2009	53,75 €		53,75 €
mai 2009	53,75 €		53,75 €
Total :			645,00 €

3 - Retenir les montants effectivement versés (visualisés dans CAFPRO) lorsque ces derniers sont inférieurs au forfait applicable.

VII - Barèmes et décisions

Ressources du foyer :		Plafond AME :		Décision(s) :
Annuelles :	3 045,00 €	Annuel :	7 447,00 €	ACCORD AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT
Mensuelles :	253,75 €	Mensuel :	620,58 €	

Visa du représentant du Directeur

Visa du représentant de l'Agent Comptable

ANNEXE 4 : Modèle d'attestation de droits à l'AME édité par la CNAMTS

Caisse primaire de []

ANNEXE 5.II

[Adresse expéditeur]
[ADRESSE]

[NOM & PRENOM DEMANDEUR]
[ADRESSE DU DEMANDEUR]

Dossier suivi par [nom de l'agent CPAM]

[date]

ATTESTATION D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

Caisse d'assurance maladie	N° d'identification de l'ouvrant droit	Code régime	N° de mutuelle	Code contrat

Nom et prénom des bénéficiaires	Né(e) le (rang)	Qualité	Date début droit AME	Date fin Droit AME

Si les informations ci-dessus sont incomplètes ou erronées, merci de contacter votre caisse d'assurance maladie au :

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Votre correspondant

Pour tout renseignement, s'adresser à :

adresse Centre Paiement
adresse
code postal

Téléphone : []
Allosécu :

IMPORTANT

Cette attestation vous permet de justifier de vos droits et, de bénéficier, ainsi que les membres de votre famille désignés ci-dessus, d'une prise en charge (Art. L.251-2 du Code de l'action sociale et des familles) :

- **des soins réalisés chez les professionnels de santé, les transporteurs, à la pharmacie, dans un laboratoire d'analyses, dans un établissement de santé, dans la limite des tarifs autorisés par l'Assurance Maladie**
- **du forfait journalier.**

Vous devez présenter cette attestation à chaque fois que vous vous rendez chez un professionnel de santé, au laboratoire d'analyse, à la pharmacie ou dans un établissement de santé, pour bénéficier de la dispense d'avance des frais (appelée également « tiers payant »).

N'oubliez pas de nous informer de tout changement de situation (adresse, nom, composition de la famille, obtention d'un titre de séjour, départ à l'étranger ...).

Pensez à effectuer votre demande de renouvellement dans les deux mois qui précèdent l'échéance de vos droits.

*

Article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles

(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 57 I finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002)

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;

2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au dernier alinéa du présent article.

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 322-2 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

Nota : Loi 2002-1576 2002-12-30 finances rectificative pour 2002 art. 57 IV : les dispositions du présent article sont applicables à compter de la date d'entrée en vigueur du décret d'application.

Pour tout renseignement, s'adresser à :

adresse Centre Paiement
adresse
code postal

Téléphone : []
Allosécu :